



HAL
open science

Évolution des connaissances et habitudes des patients liées à l'antibiothérapie : arguments pour améliorer la prescription en médecine générale

Audrey Collomb-Gery

► To cite this version:

Audrey Collomb-Gery. Évolution des connaissances et habitudes des patients liées à l'antibiothérapie : arguments pour améliorer la prescription en médecine générale. Médecine humaine et pathologie. 2012. dumas-00708584

HAL Id: dumas-00708584

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00708584>

Submitted on 15 Jun 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Année : 2012

N°

**Evolution des connaissances et habitudes des
patients liées à l'antibiothérapie**
**Arguments pour améliorer la prescription en médecine
générale**

THESE

PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE
DIPLÔME D'ETAT

Audrey COLLOMB - GERY

Né(e) le 09 juillet 1981 à CHAMBERY

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE*

Le : 11 juin 2012

DEVANT LE JURY COMPOSE DE

Président du jury : M. le Pr Jean Paul STAHL

Membres : Pr. Jacques CROIZE

Pr. Max MAURIN

Dr. Jacques BOUCHAUD

**La Faculté de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.*

Evolution des connaissances et habitudes des patients liées à l'antibiothérapie.

Arguments pour améliorer la prescription en médecine générale

<u>Introduction</u>	p.4
<u>Les antibiotiques</u>	p.5
1. Définitions	p.6
2. Historique.....	p.6
3. Résistances	p.6
4. Conséquences.....	p.7
a. Ecologiques	p.7
Surconsommation => augmentation des résistances	
Diminution des prescriptions => diminution des résistances	
b. Economiques	p.8
5. Consommation d'antibiotiques en France	p.9
a. Etat de la consommation d'antibiotiques	p.9
b. Effets de la campagne de la CNAM de 2002	p.11
c. Tendances à la reprise depuis 2007.....	p.12
6. Comment moins prescrire d'antibiotiques en pratique	p.13

Enquête d'opinion : Connaissances et habitudes des patients liées à l'antibiothérapie

1. Objectif principal	p.15
2. Matériel et méthode	p.15
a. Type d'enquête	
b. Critère de jugement	
c. La population	
d. Lieux de l'étude	
e. Le calendrier	
f. L'analyse des données	
g. Aspects légaux	
h. Limites et critiques de l'étude	

3. Résultats	p.18
1. Données épidémiologiques	p.18
a. Répartition par sexe	
b. Répartition par âge	
c. Répartition en fonction de la présence d'enfants dans le foyer et selon l'âge des enfants	
d. Répartition en fonction du niveau d'étude	
e. Répartition selon la catégorie professionnelle	
2. Connaissances liées aux antibiotiques	p.21
a. Capacité à nommer un antibiotique	
b. Signes ou pathologies justifiant l'utilisation d'un antibiotique	
c. Indications générales de l'antibiothérapie	
d. Rôles des antibiotiques	
e. Durée d'action et temps de présence d'un antibiotique dans l'organisme	
f. Effets secondaires des antibiotiques	
g. Nocivité des antibiotiques	
h. Sources d'information concernant les médicaments	
3. Habitudes liées à l'utilisation des antibiotiques	p.32
a. A priori face aux antibiotiques	
b. Effets secondaires à la prise d'antibiotiques	
c. Allergie aux antibiotiques	
d. Adhésion à la prescription différée	
e. Observance thérapeutique	
f. Automédication	
4. Comparaison avec les résultats obtenus en 2000	p.35
1. Population	p.35
2. La connaissance des antibiotiques	p.36
a. Aptitude à nommer un antibiotique	
b. Symptômes ou pathologies justifiant la prise d'un antibiotique	
c. Indication générale de l'antibiothérapie	
d. Rôles des antibiotiques	
e. Temps de présence et durée d'action dans l'organisme	
f. Effets indésirables	
g. Nocivité des antibiotiques	
h. Sources d'information concernant les médicaments	
3. Habitudes liées à l'antibiothérapie	p.39

	a. A priori face à un traitement antibiotique	
	b. Adhésion à la prescription différée	
	c. Observance	
	d. Automédication	
5. Discussion		p.41
1. Données épidémiologiques		p.41
2. Attentes du patient		p.42
3. Connaissances au sujet des antibiotiques		p.43
a. Capacité à nommer un antibiotique		
b. Indication générale		
c. Rôle des antibiotiques		
d. Effets secondaires et allergie		
e. La prescription différée		
f. Observance		
g. Automédication		
h. Médecin = éducateur		
i. But de la réduction de consommation d'antibiotiques		
<u>Conclusion</u>		p.51
<u>Références bibliographiques</u>		p.53
Annexe 1 : questionnaire.....		p.55
Annexe 2 : formulaire d'information patient.....		p.59
Annexe 3 : déclaration CNIL		p.60
Serment d'Hippocrate		p.61

INTRODUCTION

Depuis leur découverte dans les années 40, les antibiotiques possèdent une image quasi miraculeuse en matière de traitement des infections. Ils ont notamment permis de guérir de nombreuses maladies et de prévenir un bon nombre des infections post opératoires. Ils ont ainsi sauvé des milliers de vies à partir de la seconde guerre mondiale.

Ils ont, de fait, été largement prescrits pendant des dizaines d'années.

De nos jours, les conséquences de ces prescriptions émergent sur le plan économique (remboursement inutiles) mais surtout écologique et bactériologique avec l'émergence de résistance de certaines bactéries et l'impasse thérapeutique que l'on peut rencontrer dans certaines situations complexes.

Depuis 2002, la prescription d'antibiotiques est devenue un sujet de préoccupation important. Une campagne de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie(CNAM) a d'ailleurs remporté en franc succès auprès du grand public avec notamment son slogan « *les antibiotiques, c'est pas automatiques* ».

Cette campagne a permis de réduire la prescription de 26.5 % [1] dans l'ensemble de la population mais cette baisse encourageante n'a pas permis à la France de revenir à un taux de prescription proche de nos voisins européens du nord (consommation environ 3 fois plus importante qu'en Hollande en 2007). [2]

Selon des données de la CNAM, en 2009, les infections virales représentent encore 26% des prescriptions d'antibiotiques de ville. [3]

Du côté des médecins prescripteurs, des déterminants « non médicaux » et des situations cliniques « à risque » ont déjà été définies, notamment dans l'étude PAAIR du Dr Claude Attali, en 2002. [4]

Nous allons ici nous intéresser au point de vue des patients. En effet, les infections respiratoires hautes et notamment les rhino pharyngites représentent un nombre important de consultations et il n'est pas rare d'être confronté à une demande plus ou moins explicite de traitement antibiotique.

Mais que savent les patients des antibiotiques, quelles sont leurs croyances liées à ces traitements ?

Ont-ils été influencés par la campagne médiatique de 2002 ?

Un simple refus de prescription est souvent mal perçu et un malaise dans la relation médecin-malade peut s'installer. Pour éviter ce phénomène, un complément d'information est nécessaire.

En connaissant mieux ce sur quoi s'appuient les demandes du patient, on pourrait fournir de meilleures explications et faire progresser les connaissances du patient.

Les Antibiotiques

1. Définition

Un antibiotique est une substance thérapeutique qui a pour but de bloquer la prolifération (action bactériostatique) ou de détruire (action bactéricide) des bactéries.

2. Historique [5][6]

Les premiers travaux concernant l'observation d'une concurrence biologique entre des moisissures (*penicillium glaucum*) et des bactéries sont attribués au Dr Ernest Duchesne et sa thèse de médecine soutenue en 1897.

Pourtant, les effets thérapeutiques des antibiotiques n'ont été mis en évidence que plus tard.

En 1928, Alexander Fleming redécouvrit après Ernest Duchesne, la pénicilline par accident, lors de l'observation d'une moisissure qui tua les bactéries d'une de ses expériences. Il étudia ses effets positifs sur plusieurs agents bactériens pathogènes : staphylocoques, méningocoques, pneumocoques, streptocoques et d'autres Gram +. Il comprit alors l'intérêt que pourrait représenter cette action pour lutter contre les infections qui tuaient alors de nombreux soldats (guerre mondiale).

Le problème rencontré par Fleming fut celui de la culture assez difficile du *penicillium* et de trouver une forme stable et utilisable en thérapeutique.

Avec l'aide de Howard Florey et Ernst CHAIN, il met au point cette forme stable et utilisable de la pénicilline en 1940.

L'équipe constituée de Fleming, Florey et Chain a reçu le prix Nobel de médecine pour leur découverte en 1945.

3. Résistances [7]

La résistance d'une bactérie est la capacité de celle-ci à se développer malgré une forte concentration d'antibiotique. Dans ce cas, la CMI (concentration minimale inhibitrice) est supérieure aux concentrations obtenues dans l'organisme

On distingue 2 types de résistances :

1. Naturelle : présente chez toutes les bactéries de la même espèce
2. Acquisie : résistance au fur et à mesure de l'évolution chez une espèce théoriquement sensible

Les mécanismes de résistances sont chromosomiques, par mutation portant sur le chromosome, ou extra chromosomiques, par acquisition de gènes (plasmide ou transposon).

La résistance plasmidique est la plus fréquente (80-90%), elle est transférable d'une famille de bactéries à l'autre. Elle peut concerner plusieurs antibiotiques voire plusieurs familles d'antibiotiques entraînant une polyrésistance.

L'usage d'un seul antibiotique, dont la résistance est codée par un gène acquis, sélectionne les souches résistantes.

Le plasmide pouvant contenir plusieurs gènes de résistance, on aboutit à une polyrésistance.

La résistance chromosomique est plus rare et due au hasard. Elle ne concerne qu'un seul antibiotique. L'usage de cet antibiotique va donc sélectionner les souches résistantes.

Les mécanismes de résistance à un antibiotique sont multiples :

Sécrétion d'une enzyme (ex : betalactamase qui inhibe l'action des beta lactamines), modification de la cible d'action de l'antibiotique (ex : protéine liant la pénicilline), diminution de la perméabilité membranaire et des mécanismes d'efflux.

4. Conséquences

a. Ecologiques :

❖ **Surconsommation => résistances**

On a vu précédemment que le mécanisme de résistance le plus important est l'acquisition d'un plasmide. L'utilisation d'antibiotiques sélectionne les souches résistantes contenant ce plasmide. La caractéristique de cette résistance est sa « contagion » à d'autres espèces bactériennes.

L'évolution se fait vers des taux élevés de multirésistance de certaines espèces bactériennes qui étaient multi sensibles il y a cinquante ans.

Cette surconsommation a pour conséquences l'émergence de résistances au niveau national [8] mais aussi au niveau individuel.

Sur le plan individuel, on retrouve des effets sur la résistance se prolongeant dans le mois qui suit la prise d'un antibiotique [9].

On se trouve face à un décalage entre la progression de la résistance bactérienne vers la multirésistance et les perspectives réduites de découverte de nouvelles classes d'antibiotiques [10]. En effet, aux Etats Unis, 40 nouvelles molécules ont été brevetées entre 1983 et 1997, seulement 10 entre 1997 et 2004, et une seule molécule entre 2004 et 2007.[11,12]

Après avoir connu un grand succès dans la lutte contre certaines infections (ex : tuberculose), l'utilisation large d'antibiotiques va-t-elle nous conduire à une situation de totale résistance ? Avec pour conséquence la réémergence de pathologies que l'on considérait comme disparues ?

Chaque année, en Europe, 25000 personnes meurent d'une infection liée à une bactérie multi résistante. [3]

❖ Diminution de prescription => diminution des résistances

A l'inverse, d'autres études ont montré qu'une réduction de la prescription d'antibiotiques permet de diminuer le taux de souches résistantes.

On ne peut restaurer les capacités de sensibilité d'une souche bactérienne. La diminution globale du taux de résistance se fait par diminution de la pression de sélection par l'antibiotique. [13]

Ceci est confirmé par les données de European Antimicrobial Resistance Surveillance System (EARSS) [14] et par les résultats de la campagne de 2002 [1] en France qui a permis de réduire de 15 % la résistance du pneumocoque à la pénicilline (47 % en 2001 contre 32 % en 2007) et aux macrolides de 24 %.

Pour autant, ces résultats sont en demi-teinte, puisque certaines résistances ont au contraire progressé. C'est le cas de la résistance d'*Escherichia coli* avec plus de 50% de résistance aux aminopenicillines en 2008 et une augmentation de la résistance aux fluoroquinolones de 90% entre 2002 et 2008 (8.2 % en 2002 et 15.7 % en 2008).[14]

b. Economiques

Selon les données de l'ESAC (European Surveillance of Antibiotic Consumption) et de la CNAM, plus de 90 % des antibiotiques vendus proviennent de la prescription de ville [10].

Le travail de sensibilisation de la CNAM concernant les prescriptions inutiles a fait baisser le nombre de prescriptions de 26.5 %, soit environ 40 millions de prescriptions évitées (équivalent à un hiver de prescriptions) [3].

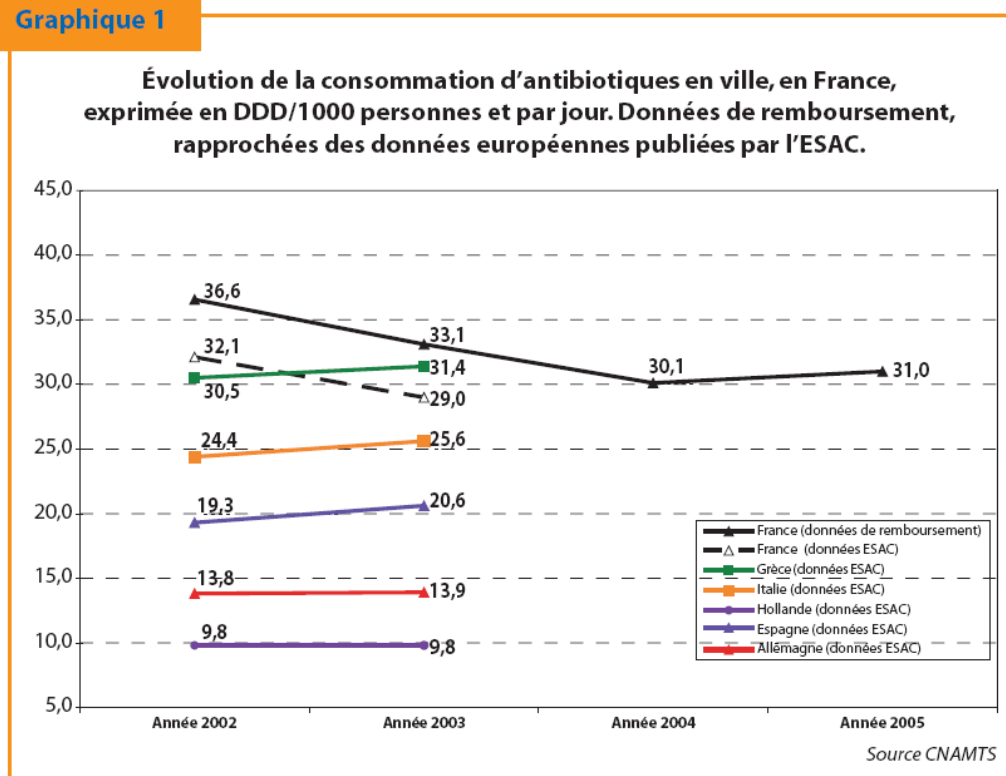
L'économie de santé réalisée pour la CNAM s'élèverait aux alentours de 850 millions d'euros. [3]

5. Consommation d'antibiotiques en France

1. Etat de la consommation d'antibiotiques

La consommation d'antibiotique est surveillée par un organisme européen, l'ESAC (European Surveillance of Antimicrobial Consumption). Selon les données de l'ESAC associées aux données fournies par l'Assurance Maladie, la France apparaît être le plus gros consommateur d'antibiotiques d'Europe en 2002, et 2ème derrière la Grèce en 2003. [15]

Graphique 1



Les résultats sont exprimés en DDD ou DDJ pour *Dose définie Journalière* (ou Defined Daily Dose). Cette unité correspond à la dose théorique quotidienne pour traiter un adulte de 70 kg dans l'indication principale du médicament. Les consommations en DDD sont généralement présentées pour 1000 personnes et par jour.

De plus, le recueil de ces données met en évidence une augmentation hivernale de la prescription parallèle au cours des épidémies de syndromes viraux. On imagine donc un nombre de prescriptions inappropriées plus important dans ces périodes. [1]

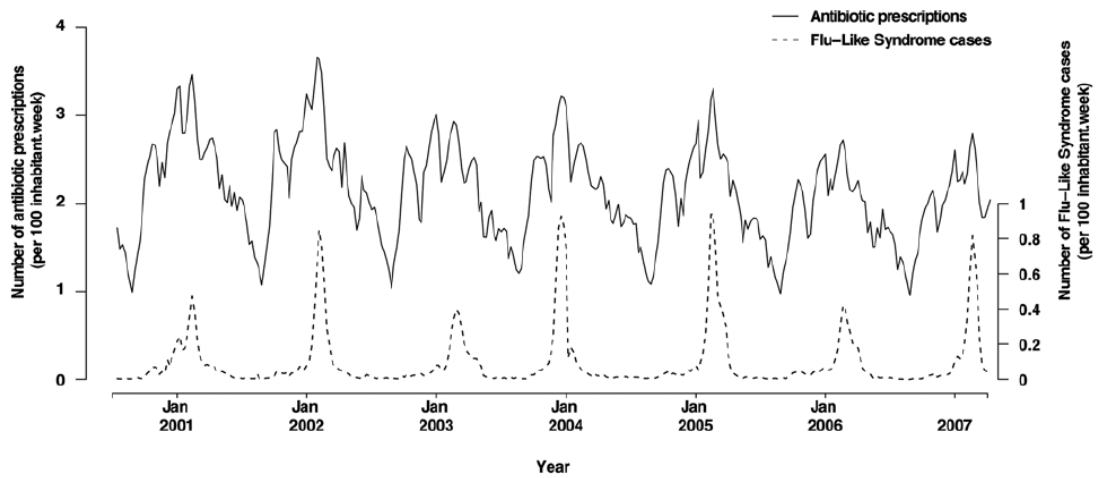
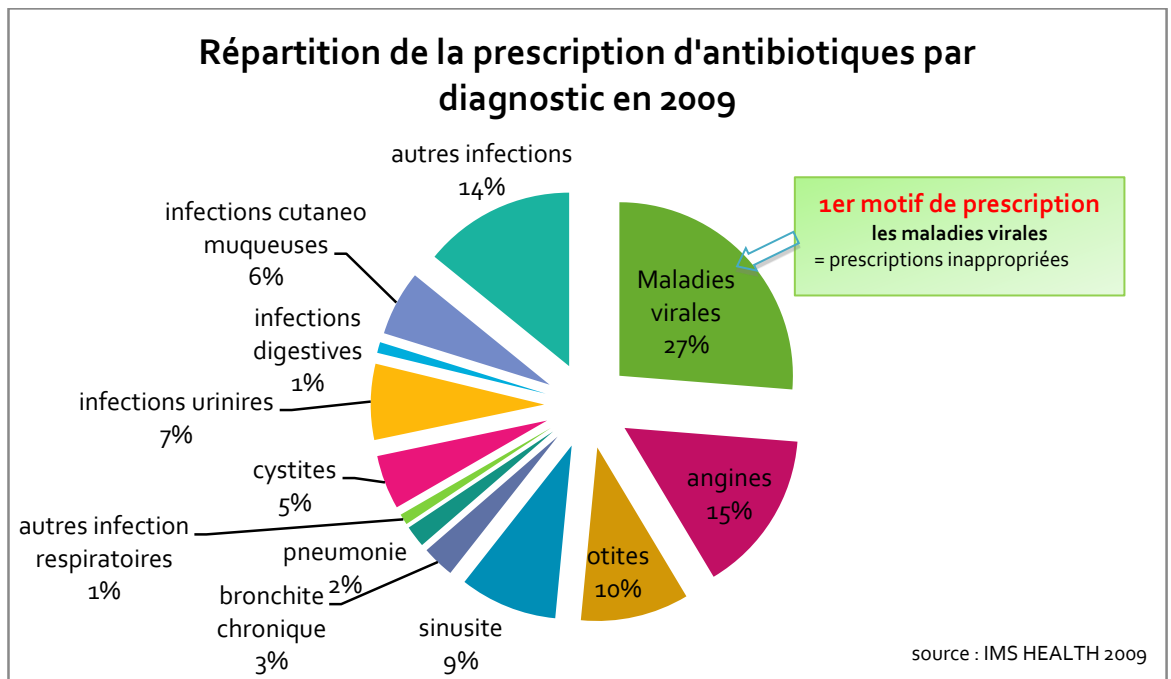


Figure 1. Antibiotic use and flu-like syndromes in France, from July 2000 to March 2007. Weekly totals of antibiotic prescriptions and FLS cases per 100 inhabitants plotted against time. doi:10.1371/journal.pmed.1000084.g001

En France en 2009, les infections virales et l'angine représentent 40 % des prescriptions d'antibiotiques de ville. [3]



2. Effets de la campagne de la CNAM de 2002

Nous avons évoqué plus haut l'impact d'une surconsommation d'antibiotiques sur l'émergence des résistances.

En 2002, devant l'ampleur de la consommation française, l'objectif de la campagne « *les antibiotiques, c'est pas automatique* » était d'obtenir une diminution de 25 % de la consommation en 5 ans avec comme cible principale les enfants de moins de 15 ans.

Une étude réalisée en 2007 [1], met en évidence une réduction globale de -26.5 % de la consommation et dans le même temps une diminution du taux de pneumocoque à sensibilité réduite avec un taux de résistance de 32% versus 47% en 2001.

La plus forte baisse enregistrée est pour les tranches d'âge 0-6 ans : -30% et 6-15ans : -36%. [1]

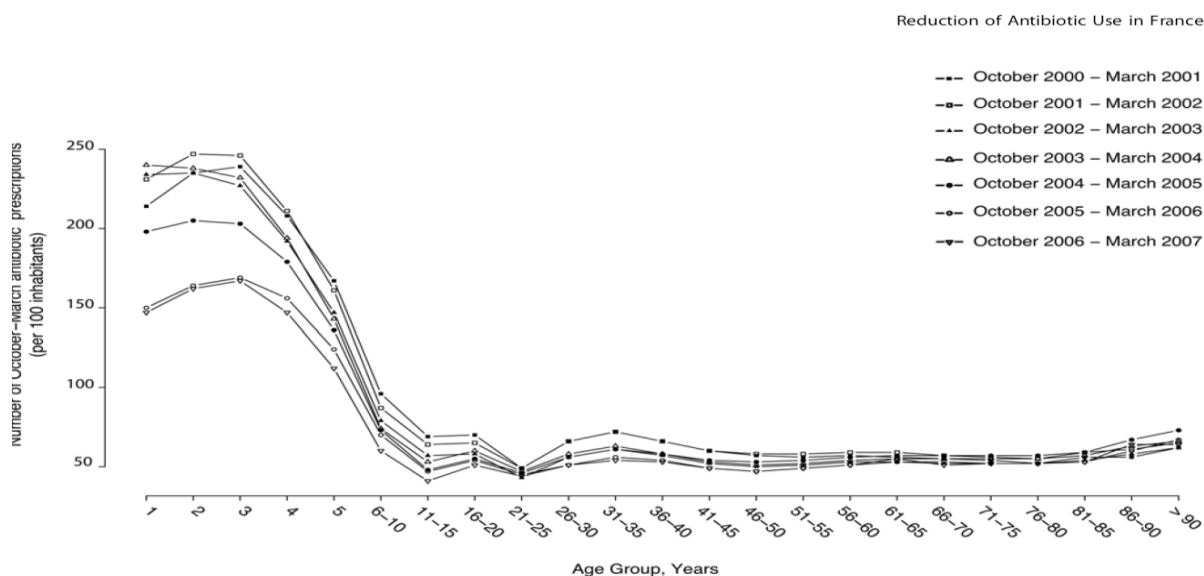


Figure 3. Antibiotic prescriptions in France per 100 inhabitants by age group, from July 2000 to March 2007. The number of October-March prescriptions for each age group for each year is divided by the number of inhabitants of each age group. doi:10.1371/journal.pmed.1000084.g003

On peut donc dire qu'après 2002, l'ensemble des français (consommateurs et prescripteurs) ont pris conscience des enjeux et ont su trouver des solutions à la surconsommation. On remarque malgré tout la persistance d'un pic de consommation en hiver, signe que certaines prescriptions inutiles sont encore présentes.

Peut-on seulement attribuer ces résultats à la campagne médiatique de 2002 ?

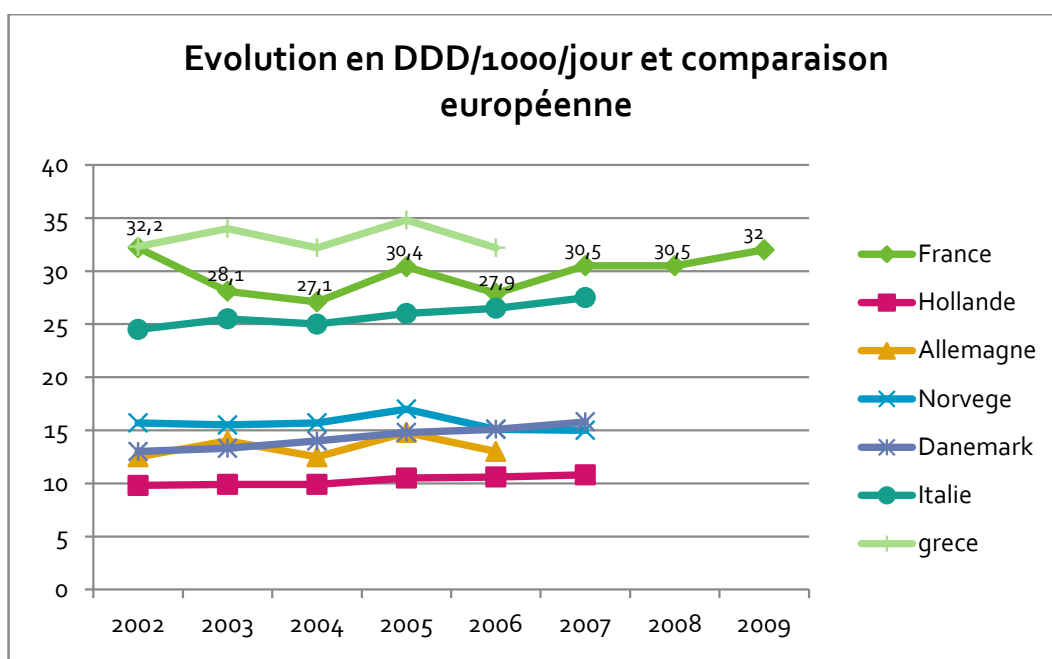
A partir de 2002, le test de dépistage rapide du streptocoque du groupe A (Streptatest®) a fait son apparition dans les cabinets médicaux. Il a permis d'avoir un argument objectif à la non prescription.

De plus, depuis quelques années, la pression des laboratoires pharmaceutiques est moins forte devant le peu d'innovation dans ce domaine.

3. Tendances à la reprise depuis 2007 [3]

La consommation d'antibiotiques remboursés a enregistré une forte hausse en 2009, +4 % par rapport à 2008.

La consommation française reste parmi les plus élevées derrière la Grèce. Elle est supérieure de 49 % à la médiane de prescription des pays européens.[3]



De plus, la consommation hivernale augmente sur l'ensemble du territoire et dans toutes les tranches d'âge. La plus forte hausse est constatée chez les adultes (+9.24 % entre hivers 2006 et 2007). Chez les enfants, la hausse reste plus modérée et encourageante puisque depuis 2001, la consommation a diminué de 31 % chez les moins de 5 ans et de 36 % chez 6-15 ans.

6. Comment moins prescrire d'antibiotiques en pratique ?

Il apparaît qu'une bonne connaissance des recommandations est indispensable mais pas suffisante pour permettre une réduction notable et durable de la consommation d'antibiotiques.

Lors de la consultation, des déterminants « non médicaux » influencent notre prescription.

Le vécu de certaines consultations par les médecins généralistes a été évalué dans une étude du Dr Claude ATTALI en 2002[4]. Cette étude a permis de mettre en évidence des situations « critiques » aboutissant en une prescription inappropriée d'antibiotique notamment dans les infections respiratoires hautes d'allure virales.

Il apparaît dans cette étude qu'une des meilleures stratégies pour la non-prescription est le dialogue avec le patient.

L'éducation du patient en matière de santé est indispensable à l'évolution des mentalités.

Cette hypothèse a été vérifiée par la baisse de la consommation à la suite de la campagne de sensibilisation de la CNAM en 2002.

Le slogan de cette campagne reste connu du grand public et a permis une meilleure compréhension du patient en cas de non prescription.

Pourtant aujourd'hui, plus de 10 ans après cette campagne d'éducation à la santé, les résultats sont en demi-teinte avec, certes, une diminution de la consommation mais qui reste encore importante et surtout une tendance à la hausse depuis 2007. [2]

Malgré les efforts fournis par les différents acteurs, la quantité de prescriptions d'antibiotiques en France reste nettement supérieure à nos voisins européens. La consommation nationale est située à 29.6 DDJ/1000habitants/jour soit 2 fois plus qu'en Allemagne (14.9 DDJ/1000h/J) et presque 3 fois plus qu'au Pays Bas (11.4 DDJ/1000h/J) sur la même période. [2]

Il faut donc poursuivre nos efforts en matière d'éducation à la santé de nos patients. D'après les conclusions du Dr Attali, une explication de notre prescription est indispensable au bon déroulement de la consultation.

Mais quelles sont les connaissances actuelles de nos patients au sujet des antibiotiques ?

La campagne de la CNAM a-t-elle modifié les connaissances et le comportement des patients durablement ?

Pour évaluer les connaissances actuelles de nos patients et ainsi mieux adapter notre discours, nous allons faire une enquête d'opinion auprès de patients âgés de plus de 18 ans fréquentant un cabinet de médecine générale.

Afin d'en mesurer l'évolution, les résultats seront comparés avec ceux obtenus en 2000 près de Montpellier sur la base du même questionnaire.

Enquête d'opinion

Connaissances et habitudes
des patients liées à
l'antibiothérapie

1. L'objectif principal

L'objectif de ce travail est d'évaluer, en 2012, les connaissances et les habitudes des patients liées à l'utilisation des antibiotiques.

Cette recherche s'appuie sur un précédent travail réalisé en 2000 dans la région de Montpellier par M. H. Cros (thèse de médecine générale) [18].

2. Matériel et méthode

a. Type d'enquête

Nous allons réaliser une recherche quantitative de type enquête d'opinion.

b. Critère de jugement

Pour rendre ce travail comparatif à celui effectué en 2000, nous avons repris le même questionnaire de 20 items.

Ce questionnaire comprend une partie de données épidémiologiques, une 2^{ème} partie explorant les connaissances des patients en matière d'antibiotiques et une dernière partie concernant leurs habitudes d'utilisation.

En 2000, MH Cros avait opté pour la réalisation d'entretiens en face à face avec les patients. Cette méthode présentait un certain nombre de biais. En effet, l'investigatrice était en stage dans les cabinets médicaux où les patients ont été interrogés. Elle était donc associée au médecin prescripteur et il est possible que les réponses des patients en aient été influencées.

Pour cette recherche, nous avons donc décidé de proposer le questionnaire papier pour que le patient le remplisse seul pendant son temps d'attente de son rendez-vous.

De plus, nous avons choisi 2 cabinets médicaux dans lesquels je n'exerce pas. Ceci m'a permis de rester dans un rôle d' « étudiant » et non de prescripteur.

c. La population

Le questionnaire a été présenté à tous les patients âgés de plus de 18 ans consultant leur médecin généraliste.

Partant de l'hypothèse que tous les patients ont une opinion sur le sujet, le motif de consultation n'a pas été retenu comme critère d'inclusion.

Dans le but de pouvoir comparer nos résultats avec ceux obtenus en 2000, l'effectif des patients inclus est le même, soit 170 personnes.

d. Lieux de l'étude

Les sujets interrogés sont les patients de 2 cabinets de médecine générale représentant 6 médecins généralistes au total (3 femmes, 3 hommes). Un des cabinets se situe en périphérie grenobloise, l'autre en zone semi-rurale (50km de Grenoble).

Le questionnaire ne comprend pas d'élément d'identification du médecin traitant, le but n'étant pas d'évaluer les pratiques des médecins concernés.

e. Le calendrier

L'enquête s'est déroulée sur 2 semaines de consultations, du 05 au 17 mars 2012, avec une semaine dans chaque cabinet.

f. L'analyse des données

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel EXCEL.

La significativité des comparaisons a été analysée à l'aide de calculs statistiques de Chi 2 et test de Fischer.

Ces calculs ont été réalisés avec l'aide du Centre d'Investigation Clinique (CIC) du CHU de Grenoble et avec un outil informatique mis à disposition sur internet par... (www.u707.jussieu.fr/biostatgv).

Soit H_0 , l'hypothèse que deux séries de variables sont indépendantes (pas de lien statistique), et H_a , l'hypothèse alternative qu'il existe un lien statistique entre ces 2 séries de variables.

P représente la probabilité de rejeter à tort l'hypothèse H_0 .

Si $p < 0.05$, on rejette l'hypothèse qu'il n'existe pas de lien statistique entre nos 2 séries de valeurs avec un risque d'erreur inférieur à 5%, on admet donc l'hypothèse alternative de l'existence d'un lien statistique entre nos deux séries de variables.

g. Aspects légaux

Le fichier informatisé utilisé pour la saisie et le traitement des données a fait l'objet d'une déclaration à la Commission Nationale Informatique et Libertés.

h. Les limites et critiques de l'étude

Pour limiter les biais, nous avons sélectionné 2 cabinets médicaux comprenant chacun autant de praticiens femmes que de praticiens hommes.

Les 2 cabinets ont des situations géographiques différentes, avec d'une part une pratique «citadine » en périphérie grenobloise et une « pratique semi rurale » à la Rochette.

Concernant le support de l'étude,

Un patient n'a pas participé et un questionnaire n'a pas été rempli jusqu'au bout du fait d'un problème de lecture de la langue française.

Plusieurs patients ont été aidés par l'énoncé oral des différentes questions du fait de problèmes de vue rendant la lecture du questionnaire difficile. Pour ne pas influencer les réponses, mon intervention s'est limitée à la lecture des questions sans reformulation ni commentaire.

Concernant la population interrogée,

Ma présence certains jours de la semaine, notamment les mercredis, a pu influencé la proportion de femmes interrogées. En effet, ce sont souvent les mamans qui accompagnent les enfants malades.

Concernant le contenu du questionnaire,

Certains items du questionnaire sont redondants et n'apportent pas forcément d'éléments différents (niveau d'étude et catégories professionnelles). Les informations ont été recueillies et traitées séparément. Les profils de réponses sont équivalents. De plus, le questionnaire n'utilise pas les catégories socioprofessionnelles définies par l'INSEE et sont parfois équivalentes (enseignant et fonctionnaire, par exemple).

J'ai volontairement retiré une question concernant les médicaments génériques, thème qui s'éloignait de l'objectif principal de la recherche.

Concernant les sources d'information en matière de médicaments, il m'a semblé intéressant d'ajouter une proposition (« internet ») qui n'était probablement pas aussi développé il y a 12 ans.

3. Résultats

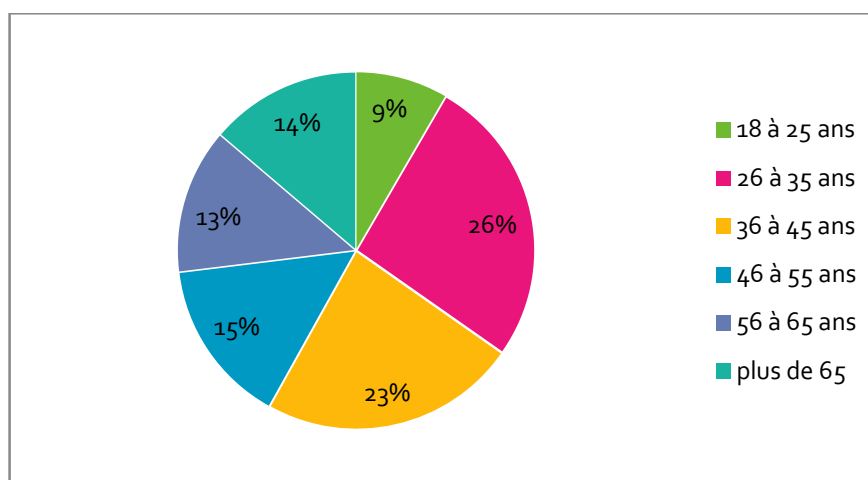
170 questionnaires ont été recueillis, 3 se sont avérés inexploitable car incomplets.

1. Données épidémiologiques

a. Répartition par sexe

Le questionnaire a été rempli par 115 femmes (69 %) et 52 hommes (31%).

b. Répartition par âge

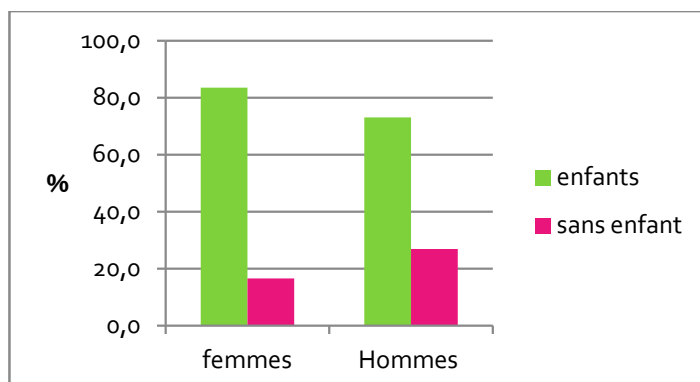


- Près de la moitié de l'échantillon est représentée par les personnes âgées de 26 à 45 ans (26% de 26-35 ans et 23% de 36-45 ans)
- Les plus jeunes (18 à 25 ans) sont également les moins représentés avec 9 % de l'effectif.
- Les personnes âgées de plus de 65 ans représentent 14 %.

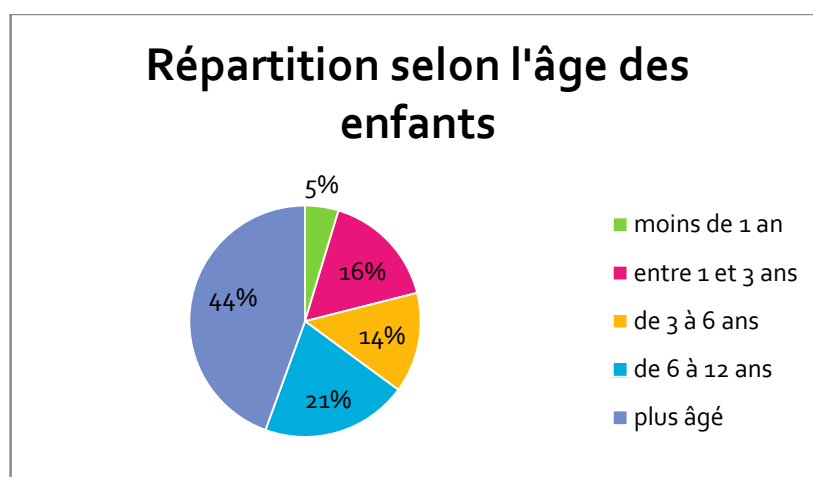
Les femmes et les hommes ont une répartition équivalente avec une majorité de 26-45 ans.

c. Répartition en fonction de la présence d'enfants au foyer de la personne interrogée et selon l'âge des enfants

80 % de la population interrogée à un ou plusieurs enfants.



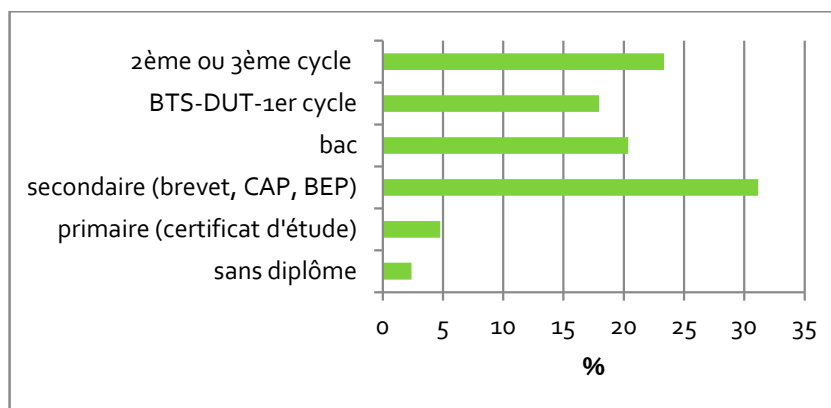
27% des hommes interrogés n'ont pas d'enfant contre 16.5 % des femmes.



Dans 56 % des cas, les enfants du foyer ont moins de 12 ans.

44 % sont plus âgés.

d. Répartition en fonction du niveau d'étude



La majorité des personnes interrogées ont un niveau d'étude supérieur ou égal au secondaire (93 %).

31 % ont un niveau brevet, CAP, BEP (secondaire).

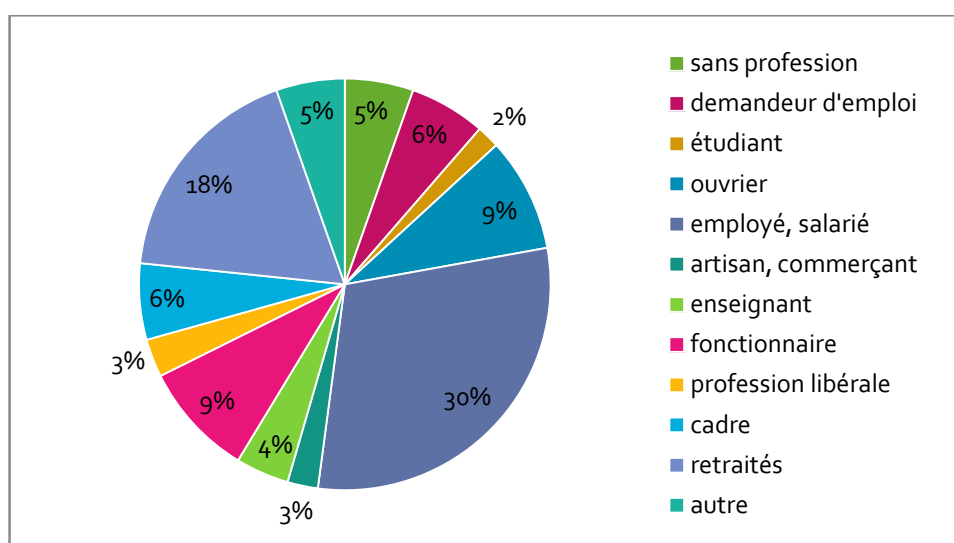
20% ont le bac.

18% ont un diplôme équivalent au 1^{er} cycle d'études supérieures.

23% ont atteint le 2^{ème} ou 3^{ème} cycle.

La répartition en fonction du niveau d'études est superposable pour les femmes et les hommes.

e. Répartition selon la catégorie professionnelle

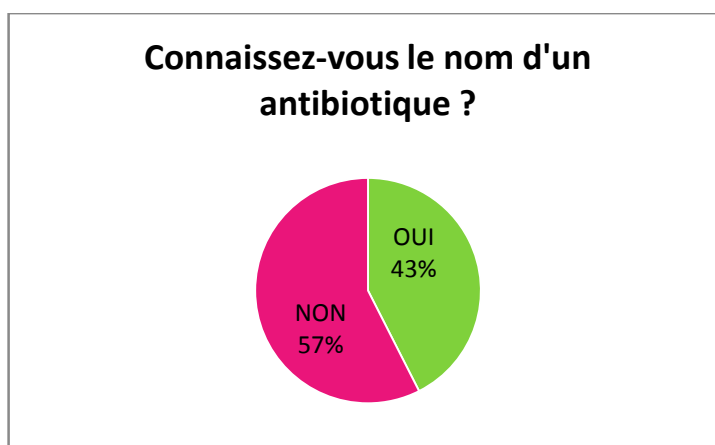


Parmi les actifs, la catégorie « employé, salarié » est la plus représentée (30%).

18 % de la population est retraité.

2. Connaissances liées aux antibiotiques

a. Capacité à nommer un antibiotique



71 personnes sont capables de citer le nom d'un antibiotique (43%).

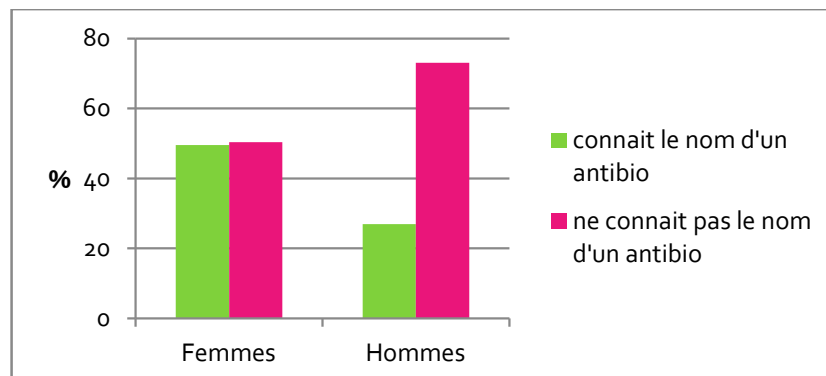
Parmi les personnes ne pouvant citer un antibiotique, 7% ont cité une autre molécule et 93% n'ont pas donné de réponse.

Parmi les réponses données, on retrouve :

BETA LACTAMINES (59)	PENICILLINES		CEPHALOSPORINES	
	simples	associées		
	pénicilline (2) amoxicilline/ Clamoxyl * (36) Bristopen* (1)	Augmentin* (17)	Orelox *(2) Oroken* (1)	c3G
MACROLIDES	Josacine* (2)			
	Zeclar* (1)			
CYCLINES	doxycycline (3)			
SULFAMIDES	sulfamide (1)			
	Bactrim* (2)			
QUINOLONES	norfloxacine (1)			
	Oflocet *(1)			
AUTRE	Fucidine* (1)			

*Noms commerciaux

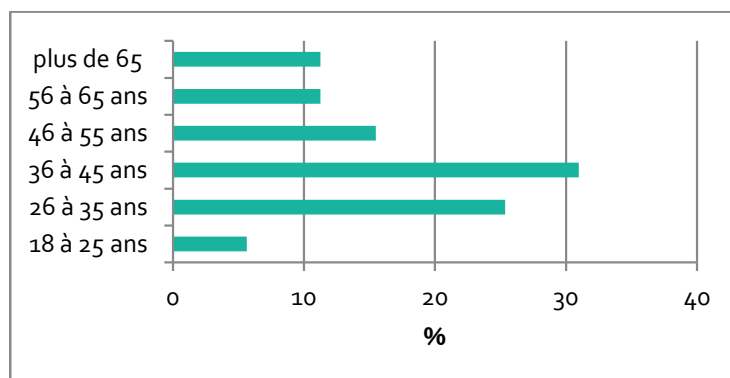
Les médicaments de la classe des Béta-lactamines sont les plus fréquemment cités (83% des réponses) avec un maximum de réponse pour l'amoxicilline.



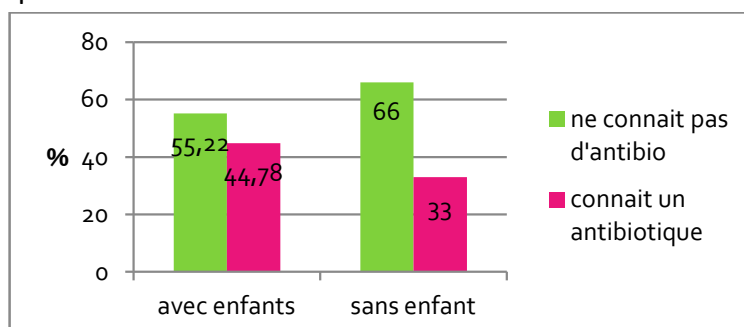
La proportion d'hommes ne connaissant pas le nom d'un antibiotique est plus importante que chez les femmes (73 % chez les hommes contre 50.4% chez les femmes) ($p=0.006$).

L'âge semble avoir également avoir une influence sur la capacité à citer un antibiotique.

La catégorie des 26 à 45 ans regroupe 56 % des bonnes réponses.

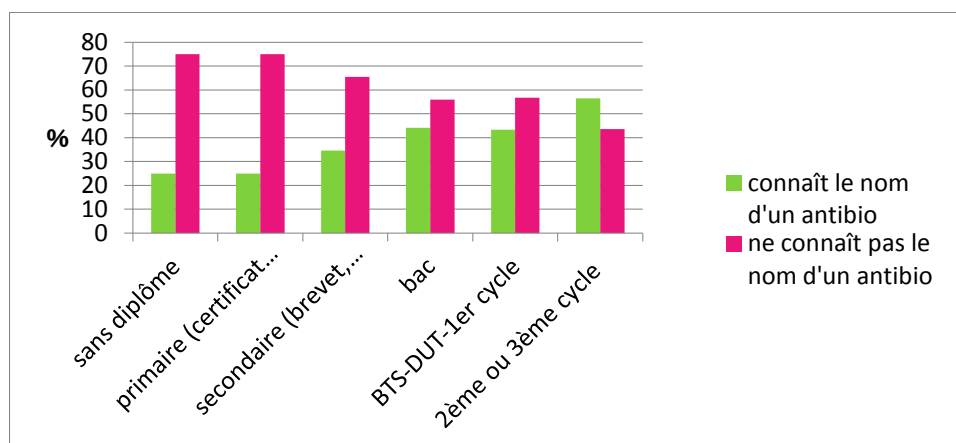


La présence d'enfant(s) au foyer semble avoir également une influence. En effet, 2/3 des personnes n'ayant pas d'enfant ne sont pas capables de citer le nom d'un antibiotique.



Les réponses sont également différentes en fonction du niveau d'études des personnes interrogées.

On remarque que plus le niveau d'études est élevé, plus la proportion de personnes capables de citer le nom d'un antibiotique est importante ($p=0.002$).

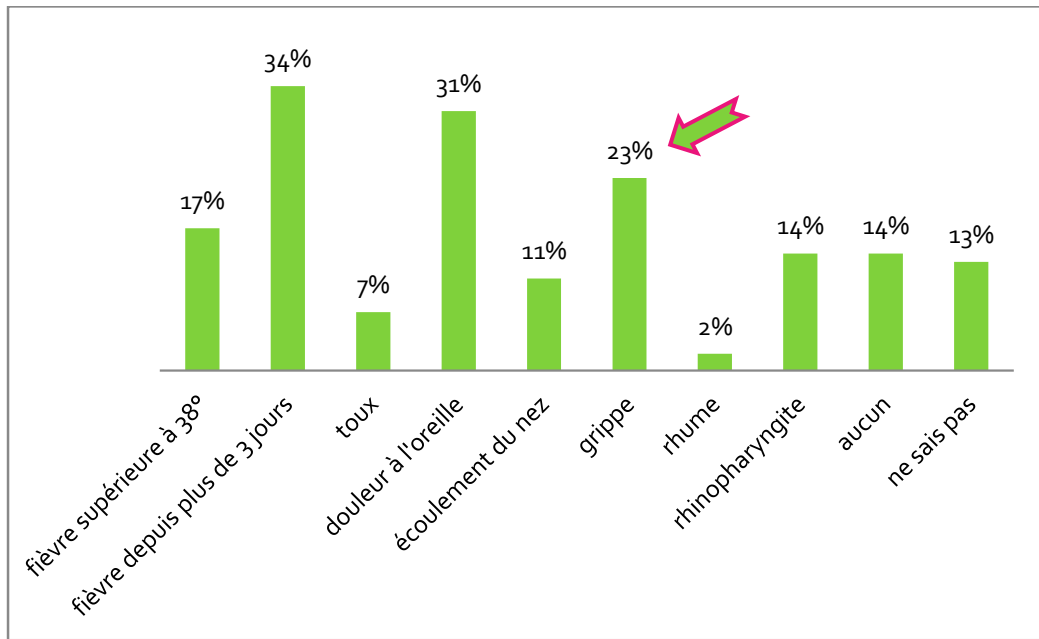


Pour information, les autres molécules citées sont : Doliprane *(2), Voltarène* (2), Solupred*, Zirtec*, Fervex*.

b. Signes ou pathologies justifiant l'utilisation d'un antibiotique

Afin de mieux comprendre les attentes du patient, il est intéressant de connaître, selon lui, dans quelles conditions il estime qu'un antibiotique devrait être prescrit.

Chaque patient a pu choisir plusieurs réponses à cette question. Les résultats sont exprimés en pourcentage. Ils représentent le nombre de fois où la réponse a été donnée par rapport au nombre total de personnes interrogées.



La fièvre depuis plus de 3 jours est la réponse la plus fréquemment donnée.

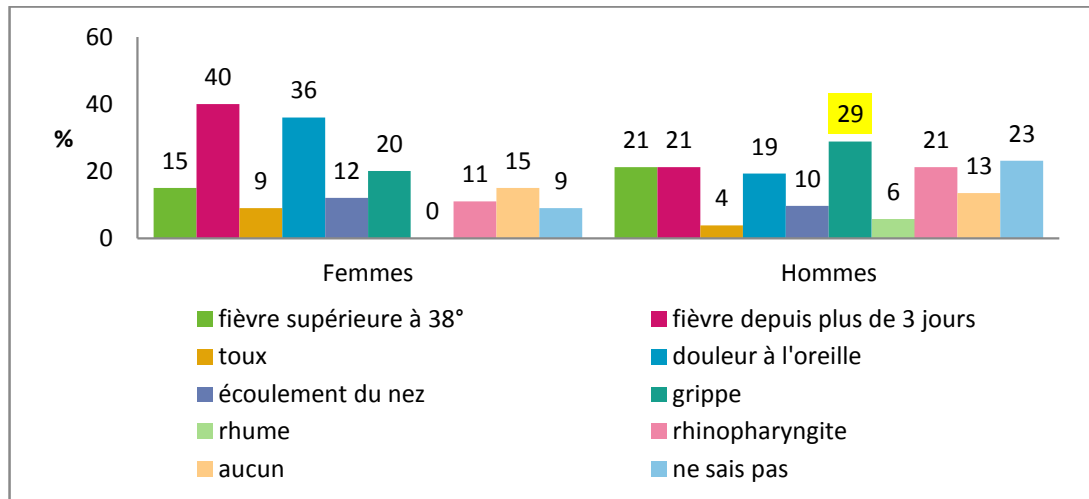
L'otalgie est citée par 31 % des personnes interrogées.

A noter, la grippe, maladie virale, est citée par 23 % des personnes.

14% des personnes pensent qu'aucun de ces symptômes ou maladies ne justifient isolément la prise d'un antibiotique.

13 % des personnes avouent ne pas connaître la réponse.

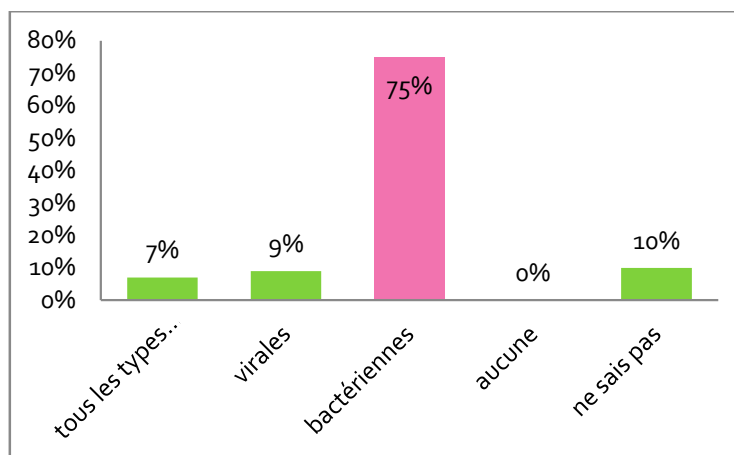
La répartition homme/femme est intéressante.



Pour les femmes, les réponses les plus souvent citées sont la fièvre depuis plus de 3 jours, l'otalgie et enfin la grippe.

Pour les hommes, la grippe arrive en tête des réponses (29%). 23 % avouent ne pas savoir. On trouve ensuite de façon équivalente la fièvre supérieure à 38°C et depuis plus de 3 jours et la rhinopharyngite.

c. Indications générales de l'antibiothérapie



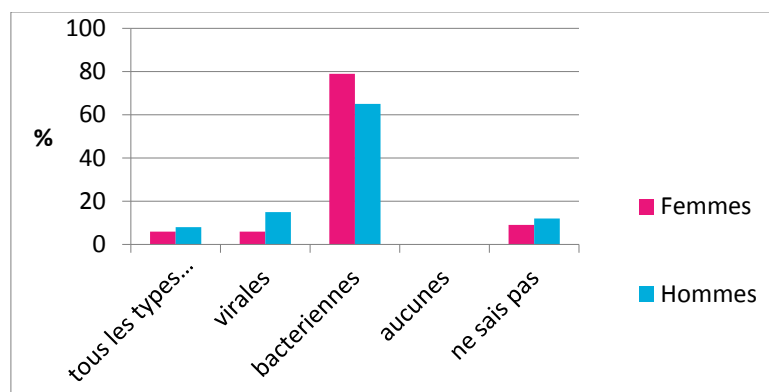
75% des personnes interrogées pensent qu'un antibiotique permet de traiter une infection bactérienne.

Les infections virales représentent 9 % des réponses.

7 % affirment que les antibiotiques peuvent traiter tous types d'infections.

9% des personnes n'ont pas d'idée de la réponse.

Les hommes semblent plus nombreux à penser que les antibiotiques peuvent traiter des infections virales (15,4% contre 6% des femmes)(non significatif).

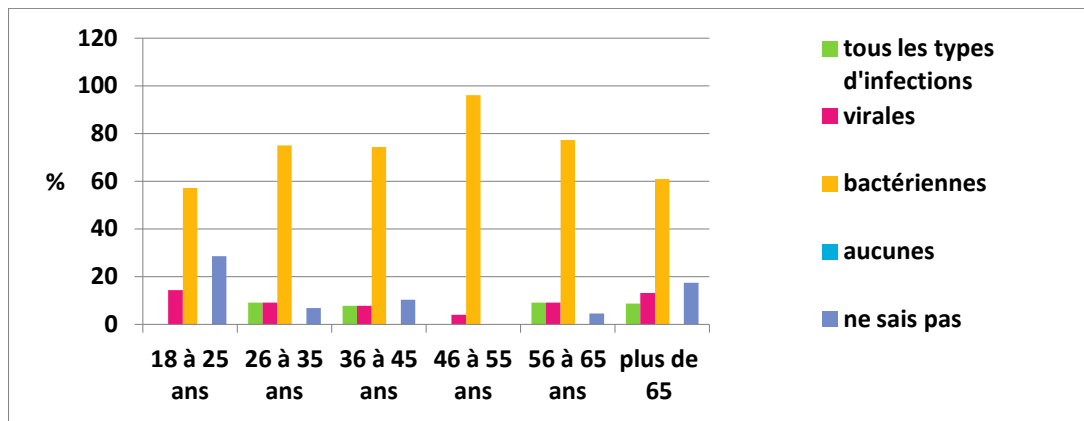


On remarque que la proportion « d'erreur » est plus importante aux âges extrêmes de la population.

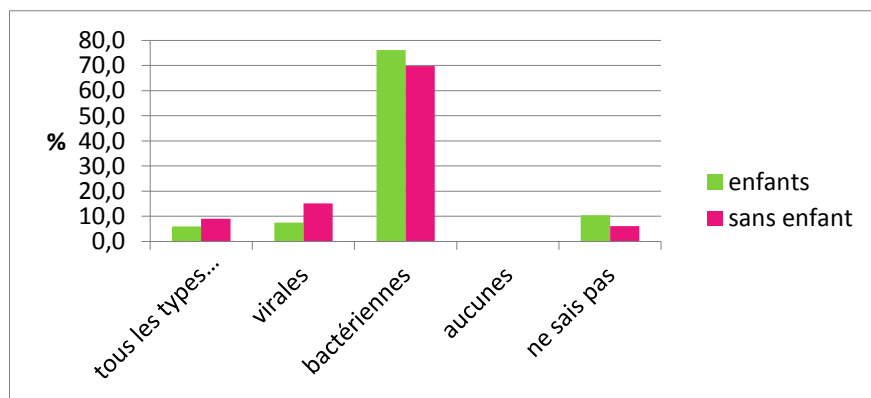
Parmi les personnes âgées de 18 à 25 ans, 14,3% pensent que les antibiotiques permettent de traiter les infections virales, 57,1% savent qu'ils traitent les infections bactériennes et 28,6% ne connaissent pas la réponse .

Entre 26 et 65 ans, au moins 75 % des personnes savent que les antibiotiques traitent les infections bactériennes.

A partir de 65 ans, on retombe à 60,9% de bonnes réponses concernant l'indication des antibiotiques.



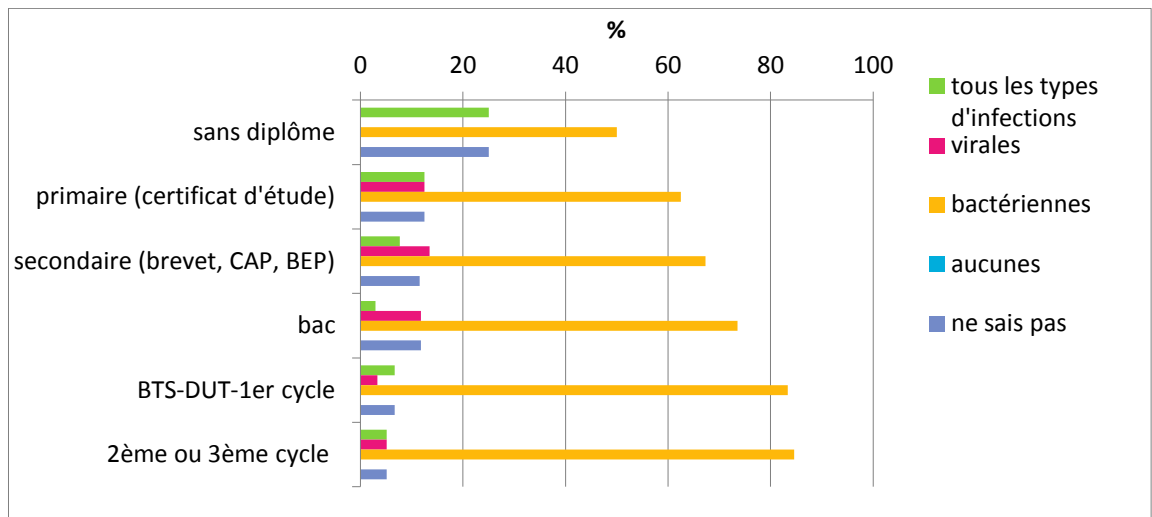
La présence d'enfants au foyer des personnes interrogées semble avoir une influence sur les réponses. La proportion de personnes sans enfants pensant que les antibiotiques permettent de traiter des infections virales (15.2 % contre 7.5 %) semble plus importante. (non significatif).



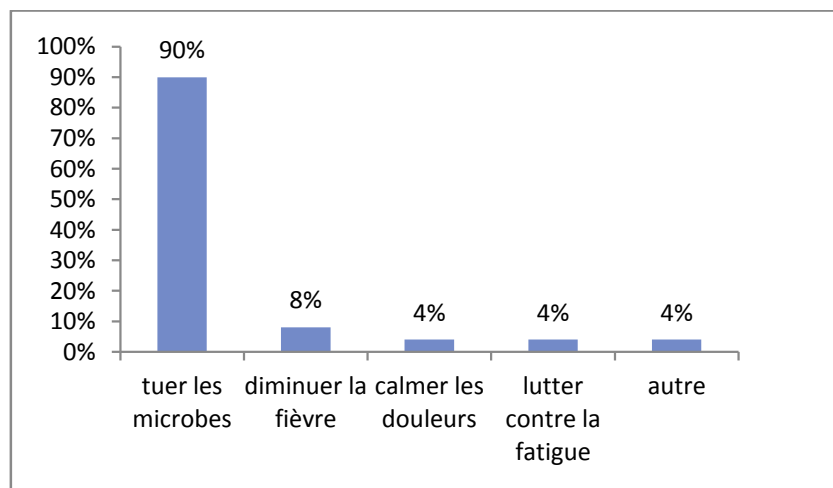
Le niveau d'études des personnes interrogées influence également leur réponse.

Parmi les personnes sans diplôme, 25% pensent que les antibiotiques peuvent traiter tous types d'infections, 25% pensent qu'ils traitent les infections virales, 50% savent que les antibiotiques ne traitent que les infections bactériennes.

Pour les niveaux d'études les plus élevés (2^{ème} et 3^{ème} cycles), 84,6% des personnes connaissent l'indication générale des antibiotiques. Seuls 5% des personnes pensent que les antibiotiques sont utiles dans tous les cas, 5% dans les infections virales.



d. Rôles des antibiotiques



Chaque personne a pu choisir plusieurs réponses à cette question. Les résultats sont exprimés en pourcentage. Ils représentent le nombre de fois où la réponse a été donnée par rapport au nombre total de personnes interrogées.

Le rôle bactéricide des antibiotiques a été cité par 90 % des personnes interrogées.

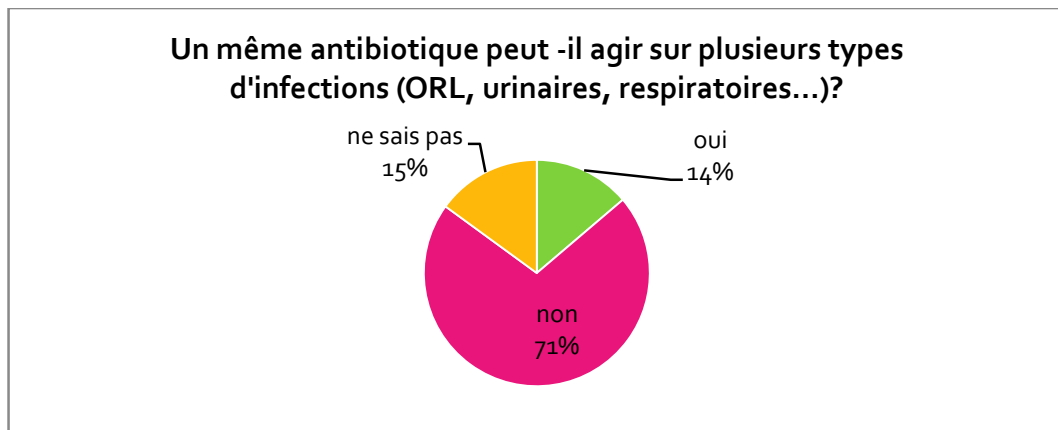
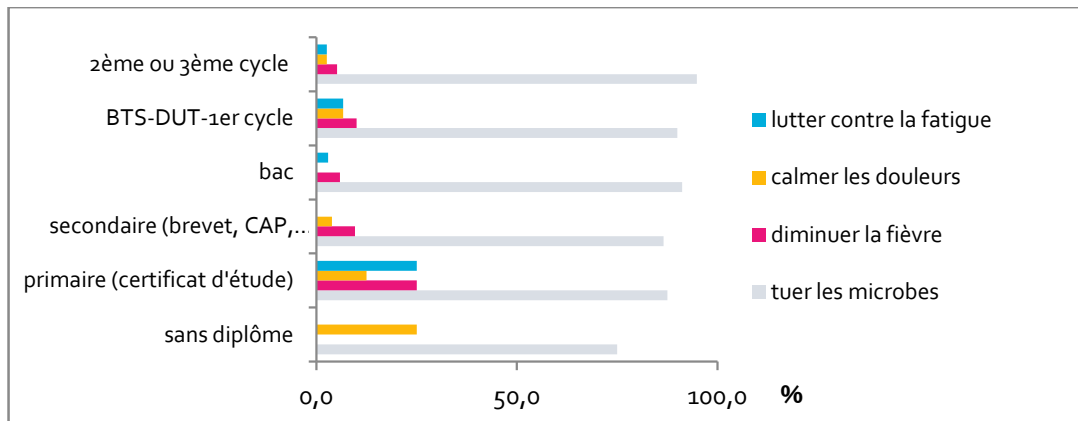
Dans 8 % des cas, les antibiotiques ont un rôle antipyrétique. Pour 4 % des personnes, ils ont également un rôle antalgique. 4% pensent qu'ils permettent de lutter contre la fatigue.

4% des personnes interrogées ont coché la réponse « autre » mais aucun d'entre eux n'a précisé sa réponse.

La proportion de réponse est équivalente pour les hommes et les femmes.

L'âge des participants ne semble pas avoir d'influence sur les réponses.

Mis à part le rôle bactéricide des antibiotiques, on remarque que plus le niveau d'études est faible, plus les antibiotiques sont dotés d'autres rôles.



71 % des personnes interrogées pensent qu'un antibiotique donné ne traite qu'une infection en particulier.

Les femmes sont 17% à savoir qu'un antibiotique peut agir sur plusieurs types d'infections contre 6% des hommes.

Les hommes sont 21% à ne pas connaître la réponse.

e. Durée d'action et temps de présence d'un antibiotique dans l'organisme

L'activité d'un antibiotique est définie par la Concentration Minimale Inhibitrice (CMI) de la croissance bactérienne et par la Concentration Minimale Bactéricide(CMB).

Pour qu'une bactérie soit dite sensible à un antibiotique, il faut que la CMI soit inférieure aux concentrations de médicaments obtenues dans l'organisme.

Les antibiotiques bactéricides ont des CMB proches des CMI.

La bactéricidie de certains antibiotiques est dite « temps dépendante » car elle est fonction de la durée d'exposition des bactéries aux antibiotiques.

D'autres ont une activité « concentration dépendante ».

Il existe également, pour certains antibiotiques, un effet « post antibiotique » qui correspond au délai de recroissance d'une bactérie après exposition à un antibiotique. [7]

Ces notions ont une influence sur la posologie (dose et intervalle de prise) de chaque antibiotique.

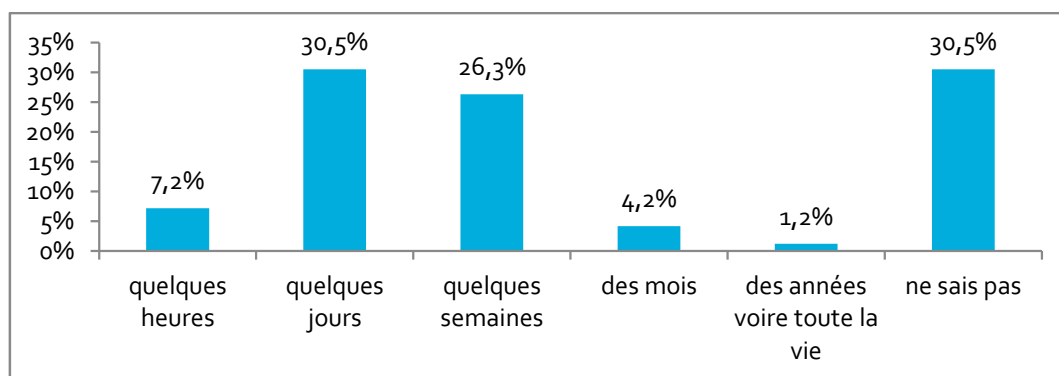
Le temps de présence dans l'organisme est lié à la $\frac{1}{2}$ vie d'élimination de la molécule. Les 2 voies essentielles d'élimination sont urinaire et hépatique.

Que l'on parle de temps de présence ou de délai d'action d'un antibiotique, l'expression des durées est de l'ordre de *quelques heures*.

Pour la population interrogée, le temps passé dans l'organisme et la durée d'action sont de l'ordre de quelques jours pour 30.5 % des personnes, de quelques semaines pour 26.3 % des personnes.

30.5% des personnes ne connaissent pas la réponse.

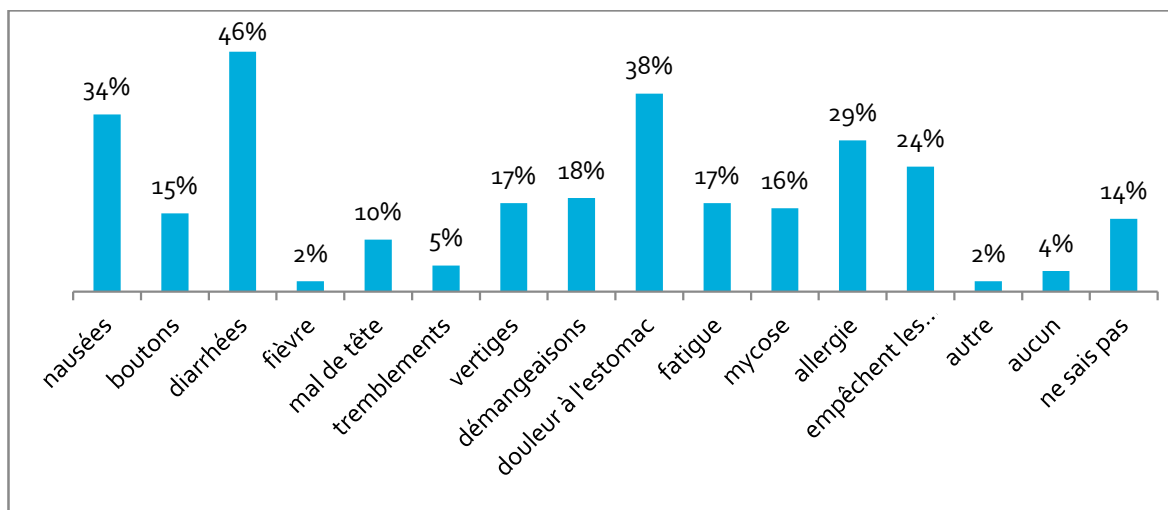
1.2% pensent que l'antibiotique reste dans l'organisme des années voire toute la vie.



f. Effets secondaires des antibiotiques

Chaque patient a pu choisir plusieurs réponses à cette question. Les résultats sont exprimés en pourcentage. Ils représentent le nombre de fois où la réponse a été donnée par rapport au nombre total de personnes interrogées.

Les effets indésirables proposés dans cette liste sont signalés dans le Vidal. L'ajout de la proposition « empêchent les défenses naturelles » provient de pré-tests du questionnaire réalisés en 2000.



La majorité des effets secondaires signalés concernent la sphère digestive (diarrhées 46%, épigastalgies 38%, nausées 34%)

L'allergie est citée dans 29% des cas.

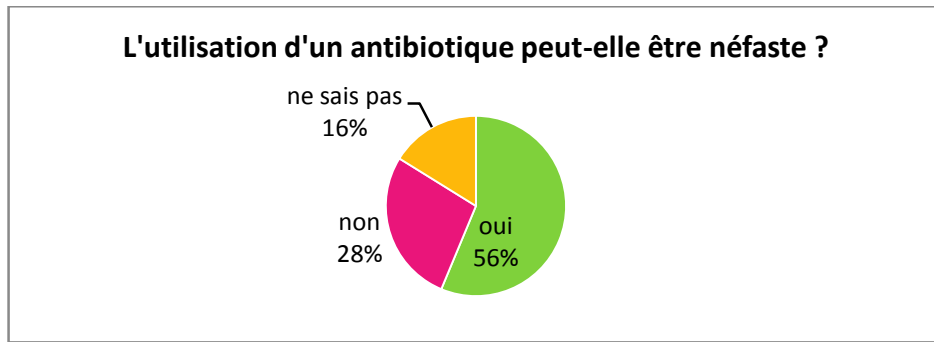
Pour 4% de la population, les antibiotiques n'ont aucun effet secondaire.

%	Femmes	Hommes
nausées	37	25
boutons	18	8
diarrhées	56	25
fièvre	3	2
mal de tête	12	6
tremblements	4	6
vertiges	20	12
démangeaisons	20	13
épigastalgies	41	31
asthénie	18	15
mycose	21	6
allergie	36	13
empêchent les défenses immunitaires	26	19
autre	3	0
aucun	1	10
ne sais pas	10	23

Les femmes semblent plus exposées au risque de mycose en cas d'utilisation d'antibiotiques (21% contre 6 % des hommes). ($p=0.007$)

Les hommes sont plus nombreux à penser que les antibiotiques n'ont pas d'effets secondaires.

g. Nocivité des antibiotiques



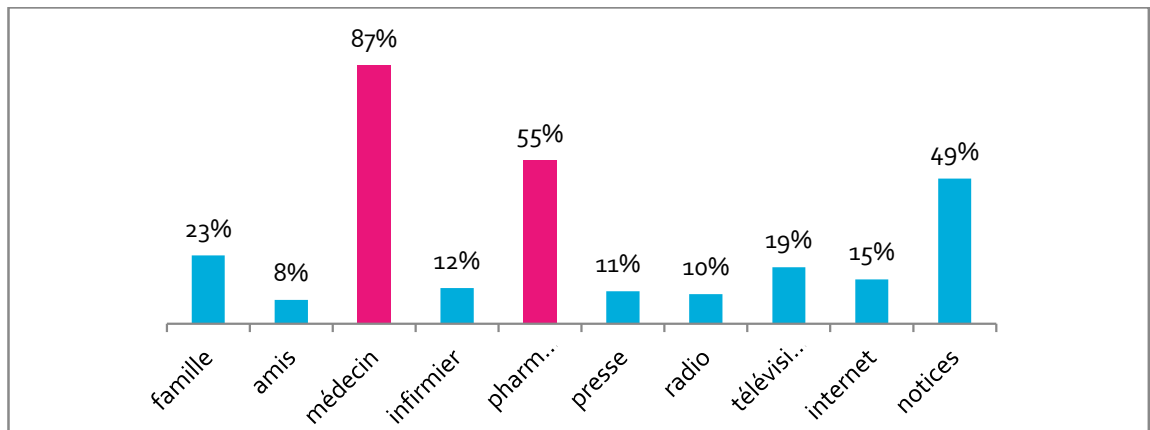
56 % des personnes interrogées pensent que l'utilisation d'un antibiotique peut être nuisible.

Pour 28 % des personnes, l'utilisation d'un antibiotique est sans risque ni conséquence.

16% avouent ne pas avoir d'idées sur la question.

h. Sources d'information concernant les médicaments

Plusieurs réponses sont possibles pour cette question. Les résultats sont exprimés en pourcentage. Ils représentent le nombre de fois où la réponse a été donnée par rapport au nombre total de personnes interrogées.



Le médecin est la première source d'information citée par 87 % des patients.

Le pharmacien arrive en 2^{ème} position (55%).

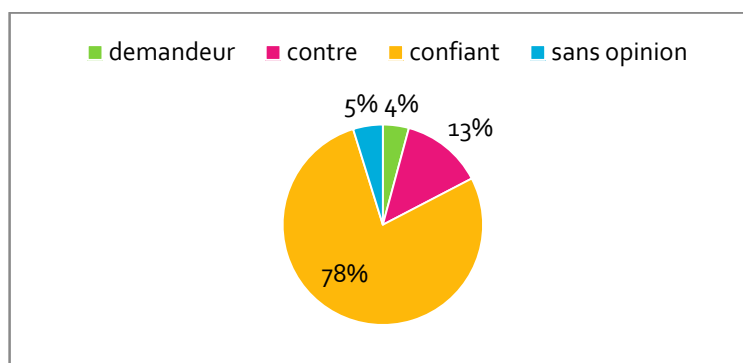
49% des patients interrogés consultent la notice du médicament.

Un média est cité dans 55 % des cas.

L'utilisation d'internet, qui semble aujourd'hui un média « incontournable », n'a finalement été citée que par 15% des personnes interrogées.

3. Habitudes liées à l'utilisation des antibiotiques

a. a priori face aux antibiotiques



78 % des personnes interrogées affirment avoir confiance en l'avis du médecin prescripteur.

Seuls 4% des patients sont demandeurs d'un traitement antibiotique.

A l'inverse, 12% des patients sont plutôt contre l'utilisation des antibiotiques.

Les hommes semblaient plus demandeurs d'antibiotiques (8% des hommes contre 3 % des femmes) mais cette différence n'est pas significative ($p=0.5$).

b. Effets secondaires à la prise d'un antibiotique

32% des personnes interrogées affirment avoir subi des effets secondaires après une prise d'antibiotiques.

58% n'ont jamais eu d'effets secondaires.

10% ne se prononcent pas.

c. Allergie aux antibiotiques

13% des patients se déclarent victimes d'allergie à un ou plusieurs antibiotiques.

Les personnes ayant répondu « oui » à cette question étaient invitées à compléter leur réponse, seuls 13 personnes l'ont fait.

Parmi les compléments de réponse, on retrouve :

- oedème : cité par 2 personnes
- éruption cutanée : cité par 4 personnes
- des problèmes digestifs (estomac, diarrhées) : cités 3 fois

- 1 personne a noté « rend faible » pouvant être interpréter de deux façons, soit la personne parlait d’asthénie soit pensait – elle à une action sur les défenses immunitaires de l’organisme ?
- 1 personne a cité le risque d’accoutumance
- 1 personne a noté qu’elle était « plutôt phobique qu’allergique, que les antibiotiques lui font peur »

d. Adhésion à la prescription différée

Sur les 167 personnes interrogées, 146 soit 88% se disent d’accord pour différer la prise d’un antibiotique si leur médecin le leur demande. Les autres données épidémiologiques n’ont pas d’influence.

e. Observance thérapeutique

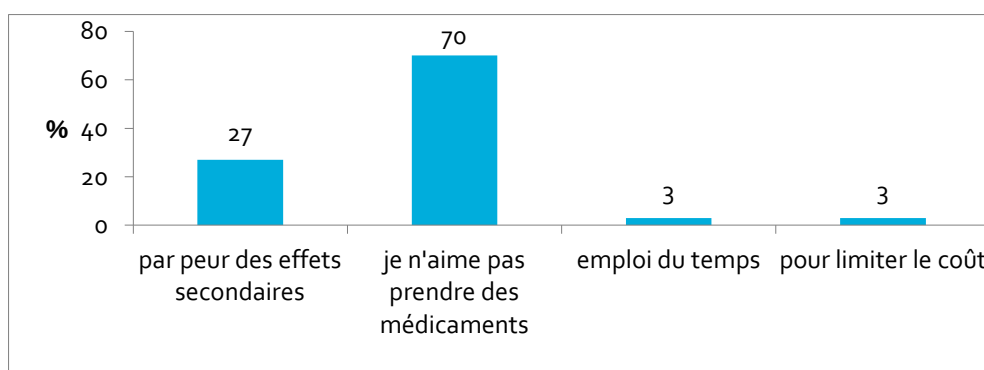
75% des personnes interrogées déclarent suivre l’ordonnance à la lettre, c’est à dire en respectant le nombre de prises par jour et le nombre de jours de traitement.

Pour les personnes qui n’ont pas coché la réponse « vous suivez l’ordonnance à la lettre », plusieurs réponses étaient alors possible.

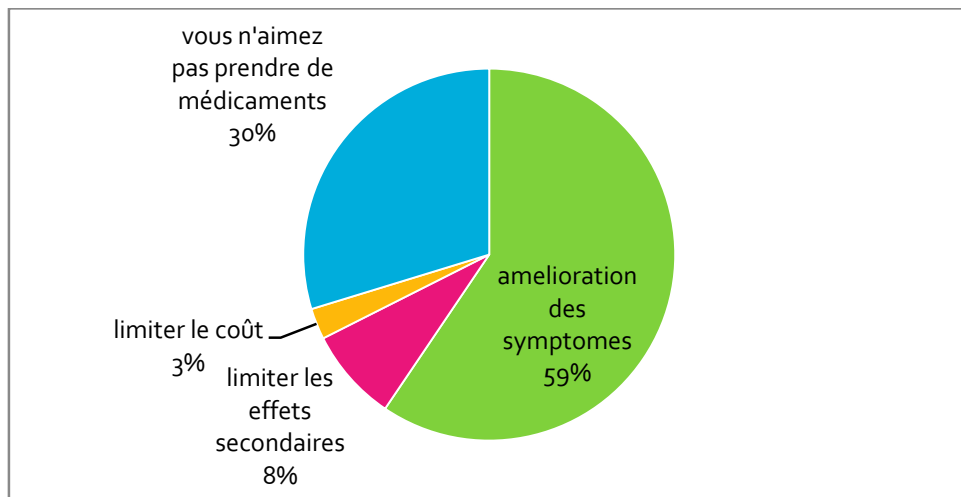
En effet, le patient peut réduire le nombre de prises par jour mais aussi le nombre de jours de traitement total ou encore ne pas utiliser le traitement du tout.

Parmi les « non complaints » (42 personnes au total), 71% déclarent diminuer le nombre de prise par jour.

Le graphique suivant expose les différentes raisons motivant cette diminution.



83% diminuent le nombre de jours de traitement. Pour la plupart, ils interrompent le traitement dès l’amélioration des symptômes.



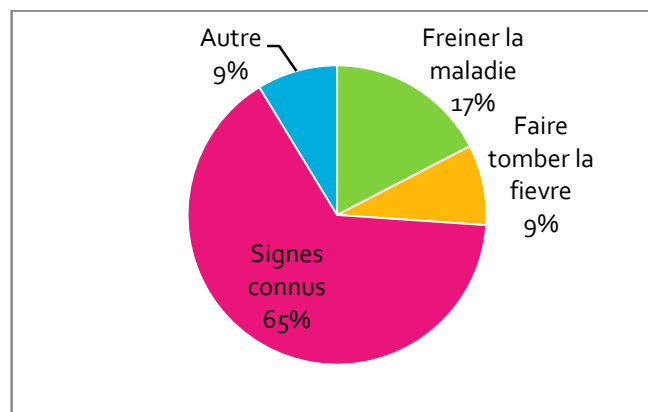
5% déclarent ne pas utiliser l'ordonnance car aucun n'aime prendre de médicaments.

f. Automédication

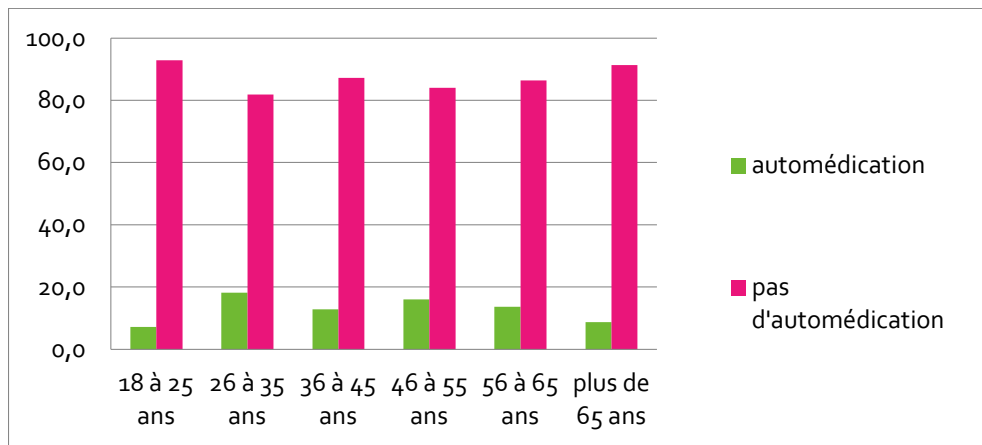
14% des personnes interrogées avouent avoir déjà utilisé des antibiotiques sans prescription médicale.

La plupart des patients (65%) réutilisent un traitement déjà prescrit pour une même indication.

9% ont coché la case « autre » sans préciser leur réponse.



On ne retrouve pas d'influence du sexe sur la proportion d'automédication.



Il semblerait que les jeunes actifs soient plus enclin à l'automédication (18% des 26 – 35 ans contre 9% des plus de 65 ans).

Le niveau d'étude ne semble pas influencer les réponses de façon significative.

On remarque que parmi les gens qui s'automédiquent, une faible majorité (56%) connaît le nom d'un antibiotique. En parallèle, 43% des gens avouant s'automédiquer ne peuvent citer le nom d'un antibiotique.

4. Comparaison avec les résultats obtenus en 2000

1. Population

La répartition par sexe et par âge est équivalente dans les 2 populations. En 2000, on retrouvait autant de foyers avec enfants qu'en 2012 mais sur notre population la proportion d'enfants de moins de 12 ans est plus importante (56% contre 44%).

Concernant le niveau d'études, 93% de notre population a un niveau supérieur ou égal au secondaire contre 76 % en 2000.

2. La connaissance des antibiotiques

a. Aptitude à nommer un antibiotique

La proportion de patients pouvant citer le nom d'un antibiotique est parfaitement superposable à celle obtenue en 2000 (43%).

De même, la famille d'antibiotiques la plus souvent citée est celle des bêtalactamines.

Selon les données de l'AFSSAPS, en 2002, les Bêtalactamines représentaient la majorité des prescriptions de ville. Malgré une diminution (-5,6%), cette classe d'antibiotiques reste la plus souvent prescrite en 2009. [2]

b. Symptômes ou pathologies justifiant la prise d'un antibiotique

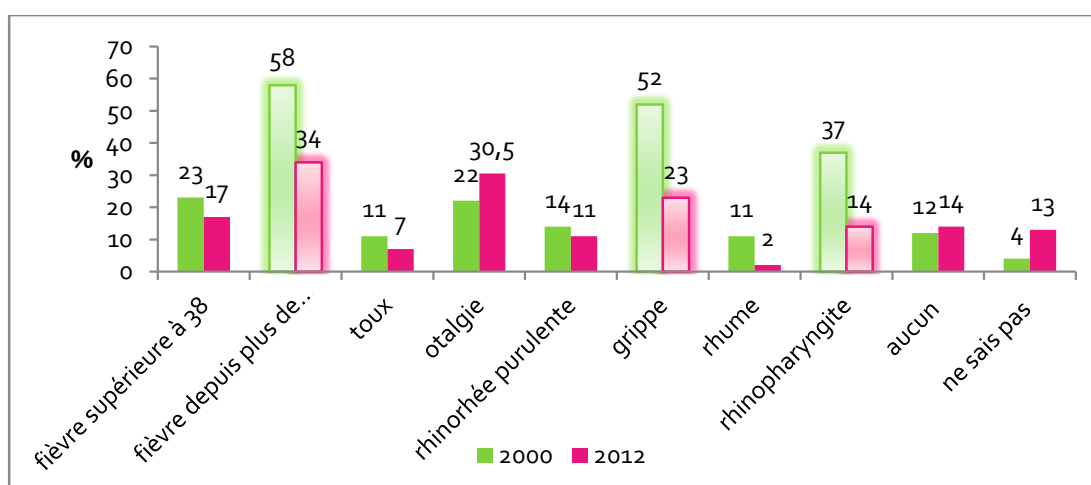
En 2000, les 3 réponses les plus fréquemment données sont :

- la fièvre depuis plus de 3 jours (58%)
- la grippe (**52%**)
- la rhinopharyngite (37%)

Une majorité des patients pensent donc que les antibiotiques peuvent avoir une utilité pour traiter des infections pourtant virales telles que la grippe et la rhinopharyngite.

En 2012, les réponses les plus citées sont :

- la fièvre depuis plus de 3 jours (34%)
- l'otalgie (31%)
- la grippe (23%)



On remarque qu'en 12 ans, les proportions ont évolué de façon significative ($p < 0.001$).

La fièvre, en général, est beaucoup moins citée qu'en 2000, notamment la fièvre prolongée au delà de 3 jours avec une réduction de 24% en 12 ans.

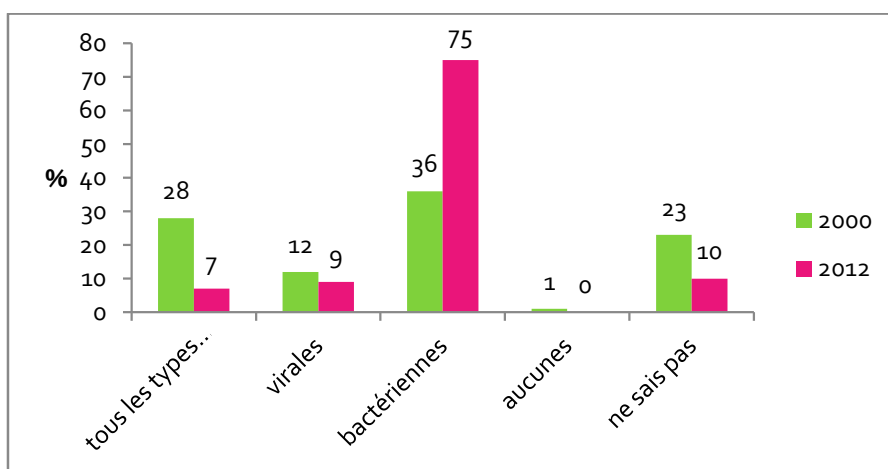
La grippe est également moins citée en 2012, avec une réduction de 29% du nombre de réponses.

Pour la rhinopharyngite, la réduction observée est de 23%.

La proportion de personnes déclarant qu'aucun de ces signes ne justifient de traitement antibiotique n'a pas évolué.

En 2012, on observe plus de personnes ne sachant répondre à cette question.

c. Indication générale de l'antibiothérapie



On observe une progression des connaissances des patients en matière d'indication générale de l'antibiothérapie. En effet, en 12 ans, le pourcentage d'erreur est passé de 41 % à 15% ($p < 0.001$)

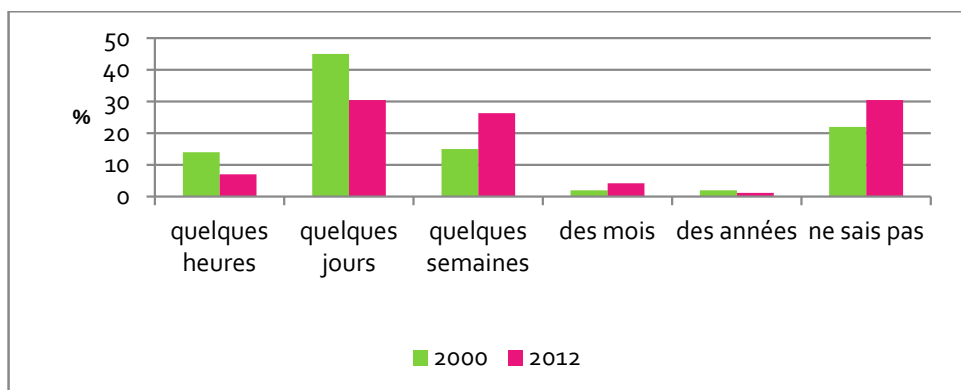
La proportion de patient ne connaissant pas la réponse à la question est passée de 23% à 10%.

d. Rôles des antibiotiques

Concernant le rôle des antibiotiques, on n'observe pas de modifications entre 2000 et 2012. Le rôle bactéricide est toujours le plus souvent cité.

Concernant la possibilité pour une même molécule d'agir sur plusieurs types d'infection, la proportion de réponses en 2000 et 2012 ne présente pas de différence significative.

e. Temps de présence et durée d'action dans l'organisme

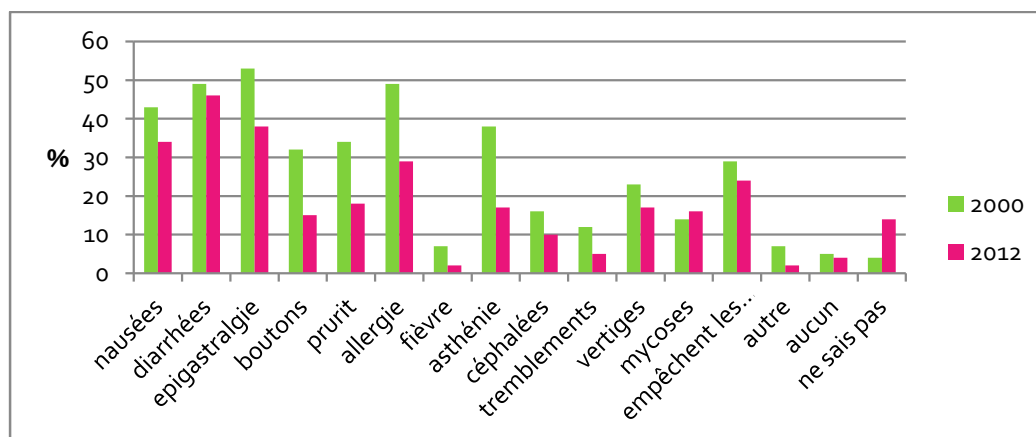


En 2012, les antibiotiques semblent toujours bénéficier d'une image de traitement « tout puissant », capable de persister dans l'organisme plusieurs semaines.

f. Effets indésirables

En 2012, 32 % des patients interrogés estimaient avoir été victimes d'effets secondaires suite à la prise d'un antibiotique. Ce chiffre est stable par rapport à 2000 (30%).

Pourtant, en 2000, les patients citaient plus fréquemment des effets secondaires.



Au total, en 2000, sur l'ensemble de la population, on recense 702 réponses cochées concernant les effets secondaires.

En 2012, pour la même question avec les mêmes options de réponses, on obtient 487 réponses.

On a l'impression qu'en 2000, les gens attribuaient plus d'effets secondaires aux antibiotiques.

Les signes les plus souvent cités restent toujours les symptômes digestifs.

g. Nocivité des antibiotiques

En 12 ans, on ne remarque pas de franche variation des réponses concernant la nocivité des antibiotiques.

On retrouve toujours environ 50 % des patients pensant que l'utilisation des antibiotiques peut être nocive.

	2000	2012
Oui	48%	56%
Non	35%	28%
Ne sais pas	17%	16%

h. Sources d'information concernant les médicaments

Le médecin occupe toujours la 1^{ère} place en matière de conseil thérapeutique.

En 2000, le pharmacien n'était que peu sollicité arrivant en 5^{ème} place derrière les médias (TV, Radio). En 2012, il occupe la 2^{ème} place.

3. Habitudes liées à l'antibiothérapie

a. A priori face à un traitement antibiotique

Plusieurs publications font état d'un sentiment de pression à la prescription ressentie au cours de certaines consultations.

Pourtant en 2000 comme en 2012, seuls 5% des patients se disent objectivement demandeurs d'un traitement antibiotique.

Dans une grande majorité des cas, le patient se dit confiant en son médecin d'où l'importance du dialogue au moment de la prescription.

b. Adhésion à la prescription différée

On ne met pas en évidence de différence concernant l'adhésion à la prescription différée d'antibiotiques. 86 % des personnes en 2000 et 88% en 2012 accepteraient de retarder la prise d'un antibiotique sur conseil de leur médecin.

c. Observance

En 2000 comme en 2012, 75% des patients déclarent suivre l'ordonnance à la lettre.

Il reste encore 25 % de personnes diminuant le nombre de prises ou raccourcissant la durée du traitement.

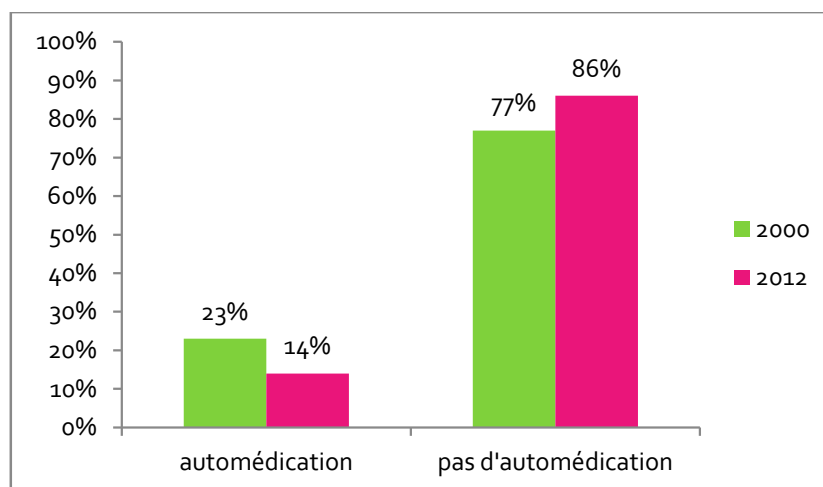
Apparemment l'importance de respecter les doses et le nombre de jours de traitement n'est pas encore suffisamment répandue.

On observe toujours un nombre important de personnes qui arrêtent le traitement dès l'amélioration des symptômes.

d. Automédication

En 2000, près d'un quart des patients (23%) admettaient avoir pris des antibiotiques sans prescription médicale. Pour la plupart, ils réutilisaient un traitement déjà prescrit par un médecin pour une même symptomatologie.

Le nombre de patients qui avouaient s'automédiquer a diminué en 12 ans de 9% (23 % versus 14%).



Cette diminution en 12 ans semble significative ($p=0,028$). Apparemment, le recours au médicament est moins automatique.

5. Discussion

1. Données épidémiologiques

Dans notre population, on retrouve une grande majorité de femmes (115 pour 52 hommes).

Il apparaît que les femmes sont plus soucieuses de leur santé que les hommes. Sur une année, elles ont un taux de consultations chez le généraliste supérieur à celui des hommes.

Les femmes déclarent recourir davantage aux pratiques de prévention (frottis, mammographie, dosage de cholestérol...), être plus nombreuses à surveiller leur alimentation dans un but d'amélioration de la santé, que les hommes [19].

Pourtant les femmes déclarent, en moyenne, plus de maladies ou troubles de santé. Quel que soit l'âge, le nombre d'affections déclarées est toujours plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Il semblerait que les femmes ont une meilleure perception de leur état de santé compte tenu d'un recours aux soins plus fréquent. [20]

Elles sont également plus nombreuses à se déclarer stressées, anxieuses [21] et le recours aux traitements antidépresseurs et anxiolytiques est plus important [20,22].

Un nombre de consultations plus importants peut s'expliquer par des suivis spéciaux (contraception, grossesse, ménopause) mais aussi par le recours à des traitements chroniques plus fréquents (antidépresseurs, traitements hormonaux, pathologies ostéo articulaires).

Les enfants ont un taux de consultations importants. Ils sont souvent accompagnés par leur mère. (Ce facteur influence probablement notre taux de fréquentation féminine des cabinets médicaux).

Malgré l'efficacité de la campagne de 2002, les enfants restent encore exposés aux antibiotiques avec environ 1.25 prescription semestrielle d'antibiotiques par enfant de moins de 6 ans en 2009 contre 0.5 prescriptions par adultes de plus de 15 ans.[3]

Les parents d'enfants semblent plus sensibilisés par la fréquence des consultations et des prescriptions d'antibiotiques (nomment plus facilement le nom d'un antibiotique, connaissent mieux l'indication générale des antibiotiques).

Le niveau d'études et la catégorie socio professionnelle influence également les réponses. Plus le niveau d'études est élevé, plus les connaissances en matière d'antibiotiques semblent importantes.

La capacité à nommer un antibiotique est meilleure en cas d'études supérieures. On souligne le fait que les noms des médicaments sont parfois

compliqués à lire, à comprendre et un faible niveau d'études peut diminuer leur mémorisation.

Concernant l'indication générale des antibiotiques, le pourcentage d'erreur est plus important en cas de faible niveau d'études.

Il faut alors s'interroger sur le caractère accessible des informations délivrées au cours des consultations.

Le discours médical doit être vulgarisé de façon à être entendu par une majorité de personnes. Le but de notre recherche était d'évaluer l'état des connaissances de nos patients afin d'adapter au mieux notre discours et nos explications.

Il apparaît qu'il est nécessaire de s'adapter à la personne dans son intégralité (études, âge, présence d'enfants ou pas). Nous ne pouvons délivrer une information standardisée.

2. Attentes du patient

Dans l'exercice libéral de la médecine générale en France, l'acte de prescription est essentiel.

L'étude « Le rapport des Français et des Européens à l'ordonnance et aux médicaments » réalisée par l'IPSOS en 2005 croise les regards de patients et médecins dans quatre pays : Allemagne, Espagne, Pays Bas et France.

Selon les médecins interrogés, le ratio prescription médicamenteuse par consultations, soit le nombre de consultations se soldant par une ordonnance de médicaments est plus important en France qu'ailleurs puisque *90% des consultations se concluent par une ordonnance de médicaments*, contre 83,1% en Espagne, 72,3% en Allemagne et 43,2% aux Pays-Bas.

C'est sur la base de ces chiffres que l'étude conclut qu'il existe « une forme de réflexe peut être plus ancré en France que parmi nos voisins, traduit en une équation simple : consultation = ordonnance = médicaments. » [23].

Ce modèle entretient l'idée qu'une « bonne » consultation d'un « bon » médecin se conclut par une ordonnance. La prescription devient donc un critère de satisfaction du patient.

Pour maintenir une bonne relation, le médecin cherche à satisfaire les attentes du patient.

Les patients consultent leur médecin pour être examinés, écoutés. Ils attendent également un diagnostic, des explications sur l'évolution de la maladie. Ils cherchent à être rassurés [24, 25,26]. Le traitement est finalement secondaire et généralement leur demande porte sur des antalgiques et des traitements symptomatiques [27].

Pourtant ces mêmes études ont montré que les attentes du patient étaient finalement mal perçues par le médecin.

Il apparaît que les attentes perçues du patient influencent la prescription médicale, en effet, si des patients semblent souhaiter des antibiotiques, ils les reçoivent plus souvent [28,29].

Dans de nombreuses situations, le médecin prescrit des antibiotiques en pensant satisfaire le patient.

Cette confusion est basée sur une mauvaise interprétation de la part du médecin lorsque le patient aborde certains sujets. Il arrive que le médecin interprète comme de la pression à la prescription d'antibiotiques lorsque le patient parle spontanément d'antibiotiques, s'il semble faire de la « résistance » au traitement proposé ou s'il propose un diagnostic « bactérien » lors de l'énoncé des symptômes. [28,30]

Il existe une confusion entre les attentes réelles du patient et ce que le médecin pense de ces attentes.

Dans notre étude, une des hypothèses de départ selon laquelle les patients étaient souvent demandeurs d'antibiotique ne s'est absolument pas vérifiée. Seul 4 % de la population interrogée affirment être demandeur d'un traitement antibiotique.

Il y a probablement ici, un axe de réflexion pour tout médecin. Il faut améliorer notre perception des attentes du patient. Il vient avant tout chercher de l'information et du conseil.

De fait, chercher à satisfaire le patient en lui prescrivant des antibiotiques, même sans demande explicite de sa part, ne fait qu'aggraver notre taux de prescriptions inutiles.

3. Connaissances au sujet des antibiotiques

A travers le questionnaire, nous avons exploré quelques notions au sujet des antibiotiques.

a. La capacité à nommer un antibiotique

La capacité à nommer un antibiotique est corrélée à une prise récente et/ou répétée d'antibiotiques.

On remarque une différence significative entre les hommes et les femmes. 73 % des hommes ne peuvent citer le nom d'un antibiotique contre 50% des femmes.

Le nombre de consultations étant plus important pour les femmes, la probabilité de se voir prescrire des antibiotiques augmente.

De plus, les femmes accompagnent souvent les enfants malades du foyer et sont les garantes de l'observance du traitement à domicile.

La classe des 26 -45 ans rassemble 56 % des bonnes réponses et semble, de ce fait, la plus exposée aux antibiotiques. C'est aussi la tranche d'âge la plus représentée de notre population.

Cette tranche d'âge correspond aux « actifs » pour lesquels on remarque une sur-prescription. [3,31] La surprescription d'antibiotiques pour les actifs et les personnes en âge de travailler peut s'expliquer par une préférence du patient pour son maintien dans l'activité professionnelle, dont la prescription d'une antibiothérapie serait une des conditions de réalisation.

b. Indications générales

Comme l'avait montré, Claude ATTALI dans l'étude PAAIR, la mise en place de stratégies est indispensable à la non prescription d'antibiotiques en cas d'infections présumées virales. Un simple refus n'est pas accepté par le patient. La description détaillée de l'examen clinique permet une bonne explication -à chaque niveau- de chacun des symptômes.

Il apparaît également qu'une explication des différences entre virus et bactéries aide à étayer notre choix de prescription.

Dans notre étude, nous avons pu voir que les patients ont effectivement bien intégré (grâce probablement à la campagne de 2002) que les antibiotiques permettent de combattre les infections bactériennes (75 % des réponses contre 36 % en 2000).

Pour autant, la grippe, infection virale, citée par 52 % des personnes en 2000, arrive encore en 3ème position en 2012.

Il apparaît donc que les patients connaissent bien l'indication générale des antibiotiques mais ne connaissent pas l'origine des pathologies dont ils souffrent.

Il faudrait donc souligner au cours de la consultation, « l'origine microbienne » de la pathologie. Ceci permettrait au patient de faire le lien avec ce qu'il connaît déjà, ce qu'il a intégré (campagne télévisée de la CNAM).

C'est effectivement un des axes choisis par la CNAM dans sa nouvelle campagne de sensibilisation. En effet, celle -ci porte sur des pathologies virales ciblées, angine et bronchite, pour lesquelles les patients pensent encore souvent qu'une antibiothérapie serait justifiée.

c. Rôle des antibiotiques

Le rôle principal des antibiotiques, évoqué par 90 % des personnes interrogées, est le rôle bactéricide du traitement antibiotique.

Au travers de cette réponse massive, on ressent encore le caractère de « toute puissance » du traitement antibiotique.

En 2000, 28 % des personnes pensaient qu'un antibiotique pouvait traiter toutes les infections. La campagne « les antibiotiques, c'est pas automatique » de 2002, a permis de sensibiliser la population à la restriction d'utilisation aux seules infections bactériennes. En effet, en 2012, seuls 7 % de la population pense que les antibiotiques permettent de traiter tous les types d'infections.

De plus, les anciennes habitudes de prescription ainsi que les efforts médiatiques rassemblés autour des antibiotiques depuis quelques années, renforcent l'idée d'un produit « d'exception », « fort ».

Cette idée de puissance se retrouve également dans l'idée de la durée d'action des antibiotiques qui, pour une grande majorité des gens est de l'ordre de plusieurs jours à plusieurs semaines.

d. Effets secondaires et allergie

Les réactions allergiques sont citées par 29% des personnes comme effets secondaires. Pourtant 13 % seulement des patients se disent réellement allergiques aux antibiotiques ; il est intéressant de noter à quel point les termes d'intolérance et d'allergie se confondent.

En effet, seules 4 personnes parmi les « allergiques » ont mentionné des signes pouvant évoquer une allergie vraie (œdème, éruption cutanée).

La mention d'une allergie aux pénicillines est mentionnée dans de nombreux carnets de santé. En effet, de nombreuses réactions cutanées sont décrites suite à la prise de pénicillines dans l'enfance.

Pourtant, une grande partie de ces réactions ne sont pas, a proprement parlé, des réactions allergiques. Les infections virales sont la cause la plus fréquente de rash cutané ou d'urticaire. Si un antibiotique est prescrit, il peut y avoir confusion sur l'origine du rash. [32]

e. Prescription différée

Il apparaît que 88 % des personnes interrogées se disent prêtes à attendre quelques jours d'évolution avant de prendre un traitement antibiotique si leur médecin le leur demande.

Plusieurs auteurs se sont interrogés sur l'intérêt que pourrait apporter cette méthode et ses limites.

Il apparaît que la proposition d'une prescription différée permet de contenter, de prime abord, toutes les parties. [33]

Le médecin a l'impression de répondre aux attentes des patients, notamment dans les situations où il n'est pas facile de faire un diagnostic « étiologique » (otite, sinusite). [34]

Cela permet d'éviter tout conflit lié à la non prescription.

Pour le patient, cette méthode semble avoir aussi des avantages.

Effectivement, pour les patients souhaitant un antibiotique, leur volonté est respectée. [33,34]

Le patient se sent ainsi intégré à la décision médicale et une grande partie des patients se sentent confiant en leur capacité à choisir ou non le traitement. [33]

Environ 50 % des patients ayant reçu une prescription différée ont effectivement pris le traitement [33, 35].

Cela peut représenter une réduction non négligeable de la consommation d'antibiotiques par rapport à des situations où la prescription se fait d'emblée (otite chez l'enfant par exemple, sinusite)

Il existe malgré tout quelques inconvénients à cette méthode.

Certains patients ne respectent pas les délais demandés par le médecin. Ce qui revient finalement à une prescription immédiate. [33]

D'autres retirent les médicaments en pharmacie, ne les prennent pas devant l'amélioration des symptômes mais les stockent à leur domicile. Nous nous exposons ainsi au risque d'automédication en cas de symptômes similaires. [33]

Dans tous les cas, la prescription différée doit s'accompagner d'explications claires sur le délai à attendre et les symptômes qui doivent déclencher la prise du traitement. [34, 35,36].

f. Observance

Concernant l'observance du traitement médical, on remarque que certains messages ne sont encore pas complètement assimilés.

En effet, en 2000 comme en 2012, 25 % des patients recevant une ordonnance d'antibiotiques ne la respectent pas.

Pour la plupart, il s'agit d'un non respect de la posologie avec réduction du nombre de prises par jour mais surtout une diminution du nombre de jours de traitement. La plupart interrompent le traitement devant l'amélioration des symptômes.

Le schéma thérapeutique est défini, pour chaque couple antibiotique / bactérie par les propriétés pharmacocinétiques et pharmacodynamiques de la molécule.

Une faible dose peut être suffisante pour éliminer les souches les plus sensibles et obtenir une amélioration clinique mais peut s'avérer insuffisante pour éradiquer les souches les moins sensibles voire résistantes. A l'arrêt de l'antibiotique, des souches résistantes peuvent se re développer. Il peut y avoir

alors une transmission inter humaine et une dissémination dans la population de ces mutants résistants.

Il est donc nécessaire de maintenir certaines concentrations pendant plusieurs jours de façon à éradiquer la totalité de l'inoculum bactérien. [37,38]

g. Automédication

La campagne de la CNAM a probablement eu un impact positif sur l'automédication. En effet, en 2000, près d'un quart de la population (23%) avouaient avoir déjà utilisé un antibiotique sans un avis médical. La plupart réutilisaient un traitement prescrit pour une infection donnée.

On rappelle que parmi les réponses données, peu de gens (14%) savent qu'un antibiotique peut agir sur plusieurs infections. Pour les patients, un antibiotique traite une pathologie spécifique et pas un agent bactérien. Il semble donc « logique » qu'en cas de symptômes similaires, le patient fasse appel au même traitement.

En 12 ans, l'évolution montre que le recours au médicament est moins automatique (-9% d'automédication).

h. Médecin = éducateur

Il apparaît dans les résultats de l'enquête que le médecin occupe une place centrale dans l'information sur les médicaments. Il est associé dans cette fonction au pharmacien.

Le canal des médias est, lui aussi, bien représenté (un média a été cité dans 55 % des cas).

En 2002, pour la campagne de la CNAM, plusieurs voies d'information avaient été choisies.

Pour le grand public, on pouvait voir des spots télévisés, des affiches, des encarts dans la presse.

Au niveau médical, des affiches et dépliants étaient envoyés dans les cabinets médicaux pour être redistribués aux patients.

Douze ans plus tard, on remarque que le slogan de la campagne, largement diffusé dans les médias, est encore connu de tous (« *les antibiotiques, c'est pas automatique* »)

Une nouvelle campagne permettant de remettre l'accent sur la consommation d'antibiotiques a démarré en mai 2010 : « *les antibiotiques, si on les utilise à tort, ils deviendront moins fort* »

Là aussi, les autorités ont fait le choix d'une campagne pluri-médias. On retrouve toujours des spots télévisés (un film « angine » et un film « bronchite ») mais aussi des spots radio, des annonces dans la presse.

Entre 2000 et 2012, nous avons assisté à l'essor et à la démocratisation de l'accès internet. Ce canal a été exploité par l'intermédiaire d'un site à destination des parents sur les symptômes (<http://www.ameli.fr/assures/offre-de-prevention/les-antibiotiques.php>) et par le biais des réseaux sociaux (« la section A » sur Facebook©).

Cette démarche orientée vers le grand public doit être relayée par le médecin généraliste.

Il apparaît que le médecin est l'interlocuteur privilégié de notre population en matière d'information sur les médicaments (cité par 87 % des personnes interrogées).

Aujourd'hui les professionnels de santé ne peuvent plus se cantonner à l'action curative. Avec la mise en cause croissante des comportements de santé dans les problèmes de santé publique, de plus en plus de médecins intègrent prévention et éducation à leur pratique quotidienne. [39]

On peut retenir 3 niveaux de pratique de prévention. [40]

La *prévention médicalisée* qui repose sur des actes techniques, comme la vaccination, l'organisation de dépistage, la prescription de sérologies.

L'*éducation pour la santé* vise à aider une personne à modifier ses comportements, ses habitudes de vie ou son environnement, dans le but de protéger sa santé. Ce champ est très représenté en médecine générale allant du conseil sur l'alimentation des enfants aux explications concernant une ordonnance.

En enfin, l'*éducation thérapeutique*, définie par l'OMS, comme visant à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique.

L'acquisition de compétences concernant l'antibiothérapie par les patients entre parfaitement dans le champ de l'éducation à la santé.

L'éducation à la santé est liée à la qualité de la communication entre les professionnels et les patients. Les deux parties échangent des informations, du côté du patient, sur l'histoire de la maladie, des symptômes, des difficultés rencontrées et du côté du médecin, sur un savoir médical, technique. L'éducation peut donc se faire sur un mode « horizontal » où la solution thérapeutique se construit par un apprentissage réciproque. [39]

La consultation médicale semble un moment idéal pour l'éducation à la santé qui implique un contact de proximité, fréquent et une bonne connaissance du patient [39].

L'éducation s'inscrit dans le temps et sur la durée. Elle permet la compréhension, la mise en pratique, l'ajustement des savoirs, des compétences et des comportements de santé. Un acte de « transmission » de savoir isolé, non répété, ne peut être

considéré comme de l'éducation mais tout au plus, comme de l'information de santé. [39]

Les médecins déclarent pour une très grande majorité que la prévention fait partie de leur rôle [40]. La proximité avec le patient permet d'aborder tous les thèmes, certains plus facilement que d'autres (tabagisme plus facile à aborder que la vie sexuelle).

Pour mieux remplir leurs missions de prévention et d'éducation, 9 médecins sur 10 apprécieraient d'avoir plus de temps.

Les campagnes grand public apparaissent comme un facteur favorisant la mission d'éducation des médecins. Par une bonne sensibilisation des patients, elles permettent de faciliter l'abord de certains sujets en consultation.

Le rôle de santé publique du médecin généraliste devient donc autant un rôle de gestion et de prévention des maladies que de maintien et d'amélioration de la santé.

On a vu que le pharmacien arrivait en 2^{ème} place concernant l'information sur les médicaments.

En 1997, l'OMS présentait déjà le rôle d'éducateur comme l'une des sept responsabilités clés du pharmacien. [41]

Une autre publication de l'OMS, en 2006, précise bien que le pharmacien fait partie intégrante de l'équipe de soins autour d'un patient, qu'il a « un rôle important à jouer qui dépasse de loin le simple fait de vendre des médicaments ». [42]

Chez le pharmacien, pourtant, le rôle d'éducateur est moins présent et la relation est de nature différente. Il faudrait d'abord modifier leur image de « commerçant spécialisé » vers celle de conseiller de santé. [39]

De plus, l'actualité ne joue pas en la faveur des pharmaciens. Une récente enquête de l'Union Française de la Consommation (UFC-Que choisir) publiée en mars 2012 [43] souligne que la qualité du conseil, quand il n'est pas absent, est souvent déficiente.

i. But de la réduction de consommation des antibiotiques

Malgré les efforts fournis, la population commence à peine à prendre conscience que l'utilisation d'un antibiotique n'est pas sans conséquence. On n'observe dans notre population qu'une très légère tendance à la diminution de la proportion de gens pensant que l'utilisation des antibiotiques peut être néfaste.

Il apparaît que le message central de la campagne de réduction de la consommation n'a pas été assimilé. Les gens ont bien compris que nous devons diminuer la consommation mais apparemment ne l'ont pas rattaché à l'émergence des résistances bactériennes.

Nous devrions probablement insister sur l'intérêt « écologique » de la réduction de notre consommation et sur les progrès déjà effectués.

Pour anecdote, au cours de mes journées dédiées au recueil des questionnaires, j'ai eu plusieurs fois des réflexions de patients me demandant si j'étais mandatée par la sécurité sociale « pour prêcher la bonne parole ». Les patients ont apparemment l'impression que l'on cherche avant tout à faire des économies.

Evolution des connaissances et habitudes des patients liées à l'antibiothérapie.

Arguments pour améliorer la prescription en médecine générale

THESE SOUTENUE PAR : Audrey COLLOMB-GERY

CONCLUSION

La découverte des antibiotiques restent une innovation majeure de notre temps. Néanmoins, nous sommes aujourd'hui confrontés aux conséquences de leur large utilisation.

Des efforts sont fournis par les différents pays d'Europe, dont la France, afin de diminuer l'impact écologique (émergence de résistances) de l'utilisation des antibiotiques.

A compter de 2002, les autorités ont développé un programme de sensibilisation à destination du grand public. Les résultats de la campagne de sensibilisation « les antibiotiques, c'est pas automatique » sont encourageants puisqu'elle a permis de réduire de plus 25 % la consommation d'antibiotiques entre 2002 et 2007.

Dans le même temps, la résistance de certaines bactéries a régressé, par exemple, -15% de pneumocoques à sensibilité réduite à la pénicilline en 5 ans.

Mais ces résultats sont insuffisants puisqu'on constate en 2009, encore 26 % de prescriptions d'antibiotiques en cas d'infections virales (bronchite, rhinopharyngite, syndromes grippaux).

De nombreux travaux ont montré l'influence de la relation médecin-malade dans l'acte de prescription.

On a vu qu'une campagne à destination du grand public principalement permettait de réduire les prescriptions.

Une bonne connaissance des recommandations est indispensable mais non suffisante pour obtenir un faible taux de prescriptions inappropriées. La relation « affective » que le médecin entretient avec son patient peut l'amener à rechercher la satisfaction du patient avant tout. Il est alors important de bien cerner quelles sont les « vraies » attentes du patients qui vient en consultation.

Au travers de cette étude, nous avons cherché à évaluer l'état des connaissances concernant certains aspects de l'antibiothérapie en 2012, 10 ans après la campagne de le CNAM.

Le progrès majeur concerne la notion d'indication générale de l'antibiothérapie ; les patients savent aujourd'hui que les antibiotiques sont inutiles en cas d'infection virale. De plus, en cas de symptômes connus, le recours au médicament est moins automatique. L'automédication a baissé de 9 %.

Pourtant, certaines notions sont encore floues. Devant une pathologie donnée, les patients ne savent pas toujours s'il s'agit d'une origine virale ou bactérienne et si un antibiotique est justifié ou non. La grippe est encore fréquemment citée comme pathologie pouvant justifier un traitement antibiotique.

Grace à la campagne de sensibilisation, la population a compris que nous devons réduire notre consommation mais sans en connaître la finalité « écologique » réelle. La notion de nocivité d'une antibiothérapie n'a pas progressé en 12 ans.

Le travail à accomplir auprès du patient entre dans le champ de l'éducation à la santé. De par sa proximité, sa fréquence de contact, sa bonne connaissance du patient, le médecin généraliste est le pilier de cette éducation. Il représente pour les patients la source principale d'information concernant les médicaments.

C'est par une information adaptée au patient, sous la forme d'un échange « équilibré » entre les deux parties que peut se faire cette éducation.

Un des objectifs de ce travail était de dégager des arguments ou des pistes de réflexion pour améliorer notre prescription d'antibiotiques au quotidien.

Il s'agirait de :

- Mieux cerner les attentes des patients, ces derniers attendent écoute, réassurance plutôt qu'un traitement à tout prix
- Annoncer un diagnostic précis avec l'origine étiologique de la pathologie (ex : bronchite aiguë *virale*)
- Recourir à la prescription différée d'antibiotiques en cas de situations où l'origine étiologique est moins évidente de façon à éviter une prescription d'emblée (otite, sinusite)
- Motiver le médecin prescripteur à passer quelques minutes de plus afin de mieux expliquer aux patients pourquoi son état ne justifie pas d'antibiotique.

Le médecin se place ainsi en position d'éducateur à la santé permettant au patient d'acquérir des connaissances pérennes et pas seulement de recevoir une information ponctuelle sur une ordonnance.

- Mieux expliquer les raisons « écologiques » qui nous poussent à vouloir réduire la consommation.

Valoriser le progrès déjà effectué, parler de la réduction du taux de pneumocoque à sensibilité diminuée (32% versus 47% en 2001) obtenue grâce à la baisse de prescriptions entre 2002 et 2007

- Insister sur l'importance de l'observance du traitement pour limiter l'émergence des résistances.
- développer une nouvelle campagne d'éducation et de sensibilisation « pluri-disciplinaire » (médecins, pharmaciens, médias) comme celle réalisée en 2002. Le slogan de cette campagne reste connu de tous.

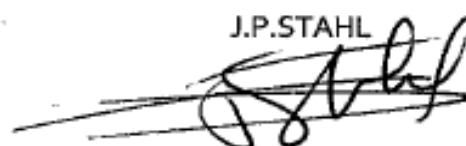
Vu et permis d'imprimer, Grenoble, le 15/5/2012

Le Doyen

Le président de la thèse

J.P.ROMANET

FACULTÉ DE MÉDECINE - LAURENCE BERTHOUD - GRENOBLE

J.P.STAHL


Références bibliographiques

1. Sabuncu A, David J, Bernedère-Bauduin C, Pepin S, Leroy M, et al (2009). Significant Reduction of Antibiotic use in the Community after a Nationwide Campaign in France, 2002-2007, PLoS Medicine
2. « Dix ans d'évolution des consommations d'antibiotiques en France », rapport d'expertise, juin 2011, AFSSAPS
3. Dossier de presse, « antibiotiques, où en est-on ? », mai 2010, Ameli.fr
4. Attali C, Amade-Escot C, Ghadi V, et al. Infections respiratoires présumées virales : comment prescrire moins d'antibiotiques ? Résultats de l'étude PAAIR. La revue du praticien médecine générale 2003 ; 17 : 155-60
5. Encyclopédie Larousse, <http://larousse.fr/encyclopedie/medical/antibiotique/11230>
6. DEVARIS F, Ernest Duchesne, un chercheur longtemps oublié. Bibliothèque InterUniversitaire de Médecine, <http://biu.univ-paris5.fr/sfhad/vol8/article09.htm>
7. Maladies infectieuses et tropicales, E. Pilly, 19eme édition 2004, chap.7
8. Goossens H, et al. Outpatient antibiotic use in Europe and association with resistance : a cross-national database study. Lancet 2005; 365:579-87
9. Costelloe C. et al. Effect of antibiotic prescribing in primary care on antimicrobial resistance in individual patients : systematic review and meta analysis. BMJ, 2010 ; 340
10. Guillemot D, Maugendre P et al, consommation des antibiotiques en France, BEH N°32-33/2004
11. Bad bugs, no drugs, Spellberg et al, Clinical Infectious Diseases, mai 2004
12. Bad Bugs, No Drugs: No ESKAPE! An Update from the Infectious Diseases Society of America
Helen W. Boucher, George H. Talbot, John S. Bradley, John E. Edwards, Jr. David Gilbert, Louis B. Rice, Michael Scheld, Brad Spellberg, and John Bartlett, Clinical Infectious Diseases, Jan 2009
13. Chiew Y F, Yeo S F, Hall L, Livermore D, Can susceptibility to an antimicrobial be restored by halting its use? The case of streptomycin versus enterobacteriaceae. The British society for antimicrobial chemotherapy, 1998
14. <http://rivm.nl/earss> , European Antimicrobial Resistance Surveillance System
15. Sophie PEPIN, Philippe RICORDEAU. La consommation d'antibiotiques : situation en France au regard des autres pays européens. Point de repère N°6, Novembre 2006, ameli.fr
16. Marie Hélène CROS. Perception de l'antibiothérapie, connaissances et vécu par les patients. Thèse médecine générale. Montpellier. 2000
17. Montaut A. Santé et recours aux soins des femmes et des hommes, premier résultats de l'enquête handicap-santé 2008. DREES, février 2010.
18. « La santé des femmes en France ». DREES, 2009
19. Aliaga c, les femmes plus attentive à leur santé que les hommes. INSEE 2002
20. Etat de la consommation des benzodiazépines en France. Rapport d'expertise, AFSSAPS, janvier 2012

21. « Caractériser le modèle français de prescription », rapport pour le LEEM, IMS HEALTH, septembre 2008
22. Ruiz-Moral R. The effect of patients' met expectations on consultation outcomes. A study with family medicine residents. *J Gen Intern Med*, jan 2007, 22 : 86-91
23. Faber M S. Antibiotics for the common cold : expectations of germany's general population. *Euro Surveillance* sept 2010
24. Welschen I. Antibiotics for acute respiratory tract symptoms : patients' expectations, GP's management and patient satisfaction. *Family Practice* 2004 ;21 : 234-237
25. Van Driel M. Are sore throat patients who hope for antibiotics actually asking for pain relief? *Annals of family medicine*; 2007;4 :494-499
26. Stivers T. Why do physicians think parents expect antibiotics? What parents report vs what physicians believe. [J Fam Pract.](#) 2003 Feb;52(2):140-8
27. Cockburn J. Prescribing behaviour in clinical practice ; patients' expectations and doctors' perceptions of patients' expectations – a questionnaire study. *BMJ* 1997; 315:520-523
28. Mangione-Smith R; Parent expectations for antibiotics, physicians-parent communication and satisfaction. *Arch Pediatr Adolesc Med.*2001;155 : 800-806
29. Mousques J. Variabilité des pratiques médicales en médecine générale : la prescription d'antibiotiques dans la rhinopharyngite. *Bulletin d'information en économie de santé* n°70, CREDES 2003
30. Caubet J C. The role of penicillin in benign skin rashes in childhood : a prospective study based on drug rechallenge. *J Allergy Clin Immunol* 2011;127:218-22.
31. Edwards M. Patients' response to delayed antibiotic prescription for acute upper respiratory tract infections. *British journal of General practice*, 2003,53 :845-850
32. Hoyer S. Delayed prescribing for upper respiratory tract infections. *British Journal of General practice* 2010 ; 60 :907-912
33. Hoyer S. Use and feasibility of delayed prescribing for respiratory tract infections : a questionnaire survey. *BMC Family Practice* 2011 ; 12 :34
34. Little P. Delayed prescribing of antibiotics for upper respiratory tract infection, With clear guidance to patients and parents it seems to be safe. *BMJ* 2005;331 :301-302
35. Knudsen J. Selection of resistant staphylococcus pneumoniae during penicillin treatment in vitro and in three animal models. *Antimicrobial agents and chemotherapy* 2003;47 (8) : 2499-2506
36. Guillemot D. Low dosage and long treatment duration of beta-lactam. *JAMA* 1998 ;279:365-370
37. Deccache A. *la sante de l'homme* n°376, Education pour la santé : reconnaître les nouveaux rôles des médecins et pharmaciens ; INPES avril 2005
38. Baromètre Santé Médecins Généralistes, 2009, INPES
39. The role of the pharmacist in the health care system, OMS août 1997
40. Un nouvel outil pour renforcer le rôle du pharmacien dans les soins de santé, OMS 2006, <http://www.who.int/mediacentre/news/new/2006/nw05/fr/index.html>
41. UFC Que choisir, Automédication : contre les maux diagnostiqués, l'UFC Que choisir propose son antidote, mars 2012, <http://www.quechoisir.org/sante-bien-etre/maladie-medecine/medicament/etude-automedication-contre-les-maux-diagnostiques-l-ufc-que-choisir-propose-son-antidote>

ANNEXE 1 : Questionnaire patient

I. A votre sujet :

N°.....

1. Sexe :

- A. femme
- B. homme

2. Age :

- A. De 18 à 25 ans
- B. De 26 à 35 ans
- C. De 36 à 45 ans
- D. De 46 à 55 ans
- E. De 56 à 65 ans
- F. Plus de 65 ans

3. Avez-vous des enfants ?

- A. De moins de 1 an
- B. Entre 1 et 3 ans
- C. De 3 à 6 ans
- D. De 6 à 12 ans
- E. Plus âgé
- F. Pas d'enfant

4. Quel est votre niveau d'études ?

- A. sans diplôme
- B. primaire (certificat d'étude)
- C. secondaire (brevet, CAP, BEP)
- D. bac
- E. BTS-Dut-1^{er} cycle
- F. 2^{ème} ou 3^{ème} cycle d'étude universitaire

5. Quelle est votre profession ?

- A. sans profession
- B. demandeur d'emploi
- C. étudiant
- D. ouvrier
- E. employé, salarié
- F. artisan, commerçant
- G. enseignant
- H. fonctionnaire
- I. profession libérale
- J. cadre
- K. retraités
- L. autre

II. Vos connaissances au sujet des antibiotiques

6. Pouvez-vous donner le nom d'un antibiotique ?

7. Quels signes ou maladies ci-dessous justifient selon vous la prescription d'un antibiotique ?

- A. Fièvre supérieure à 38°
- B. Fièvre depuis plus de 3 jours
- C. Toux
- D. Douleur à l'oreille
- E. Ecoulement du nez épais et /ou coloré
- F. Grippe
- G. Rhume
- H. Rhinopharyngite

I. Aucun

J. Ne sais pas

8. Les antibiotiques permettent de traiter :

- A. Tous les types d'infections
- B. Uniquement les infections virales
- C. Uniquement les infections bactériennes
- D. Aucune
- E. Ne sais pas

9. Pour vous, quel est leur rôle ?

- A. Tuer les microbes
- B. Diminuer la fièvre
- C. Calmer les douleurs
- D. Lutter contre la fatigue
- E. Autre

10. Pensez vous qu'un même antibiotique peut agir sur tout type d'infection (respiratoire, urinaire, ORL, génitale ...) ?

- A. Oui
- B. Non
- C. Ne sais pas

11. D'après vous combien de temps un antibiotique reste actif et présent dans l'organisme ?

- A. Quelques heures
- B. Quelques jours
- C. Quelques semaines
- D. Des mois
- E. Des années voire toute la vie
- F. Ne sais pas

12. Quels effets indésirables attribuez-vous aux antibiotiques ?

- A. Nausées
- B. Boutons
- C. Diarrhées
- D. Fièvre
- E. Mal de tête
- F. Tremblements
- G. Vertiges
- H. Démangeaisons
- I. Douleur à l'estomac
- J. Fatigue
- K. Mycose
- L. Allergie
- M. Ils empêchent les défenses naturelles
- N. Autre :
- O. Aucun
- P. Ne sais pas

13. Pensez vous que l'utilisation d'un antibiotique peut être néfaste ?

- A. Oui
- B. Non
- C. Ne sais pas

14. Quelles sont vos sources d'information à propos des médicaments ?

- | | |
|------------------|---------------------------|
| A. Famille | G. Radio |
| B. Amis | H. Télévision |
| C. Médecin | I. Internet |
| D. Infirmier | J. Notices de médicaments |
| E. Pharmacien | |
| F. Presse écrite | |

III. Vos habitudes avec les antibiotiques

15. Face à un traitement antibiotique, vous êtes plutôt :
- A. Demandeur
 - B. Contre
 - C. Confiant en votre médecin
 - D. Sans opinion
16. Avez-vous déjà subi des effets secondaires suite à la prise d'un traitement antibiotique ?
- A. Oui
 - B. Non
 - C. Ne sais pas
17. Vous qualifieriez vous d'allergique aux antibiotiques ?
- A. Oui
 - B. Non
 - C. Ne sais pas
- Si oui, pourquoi ? _____
- _____
18. Devant un problème infectieux, êtes-vous prêts à attendre quelques jours d'évolution avant de prendre des antibiotiques si votre médecin vous le demande ?
- A. Oui
 - B. Non
 - C. Ne sais pas

19. Face à une prescription d'antibiotiques :

A. Vous limitez le nombre de prises ?

➤ Si oui,

- a) Par peur des effets secondaires
- b) Vous n'aimez pas prendre des médicaments
- c) Du fait de votre emploi du temps
- d) Pour limiter le cout
- e) Autre : _____

B. Vous raccourcissez la durée du traitement ?

➤ Si oui,

- a) Arrêt des que vous allez mieux
- b) Pour limiter les effets secondaires
- c) Pour limitez le cout
- d) Vous n'aimez pas prendre des médicaments
- e) Autre : _____

C. Vous suivez l'ordonnance à la lettre

D. Vous n'utilisez pas l'ordonnance

➤ Si oui,

- a) Car vous n'avez pas confiance
- b) Vous n'aimez pas prendre des médicaments
- c) Vous êtes gêné par un problème financier
- d) Autre : _____

20. Avez-vous déjà pris des antibiotiques sans prescription médicale (médicaments restant dans votre pharmacie familiale, proposé par la famille un ami, un voisin)?

A. Oui

B. Non

➤ Si oui, pour quelles raisons ?

- a) Pour freiner la maladie plus rapidement
- b) Pour faire tomber la fièvre plus vite
- c) Devant des signes bien connus pour lesquels votre médecin vous a déjà prescrit le même traitement
- d) Autre

Madame, Monsieur,

Le questionnaire qui vous a été remis contribue à un travail de thèse pour l'obtention du diplôme de docteur en médecine générale.

Nous arrivons aujourd'hui à 10 ans de la campagne de la sécurité sociale portant sur les antibiotiques : « les antibiotiques, c'est pas automatique » visant à réduire notre consommation.

Cette campagne a eu des résultats très encourageants faisant baisser le nombre de prescriptions de plus de 25 %.

Le but de ce questionnaire est d'évaluer, 10 ans plus tard, quelles sont vos connaissances et vos habitudes avec les antibiotiques.

Les résultats de ce questionnaire seront comparés aux résultats obtenus en 2000 dans la région de Montpellier avec le même questionnaire.

Ce questionnaire comprend 20 questions.

Merci de répondre à toutes les questions en entourant la lettre correspondant à votre ou vos réponses.

Je reste à votre disposition pour toute question concernant l'intitulé des questions ou la finalité de cette enquête.

Merci de votre participation,

Audrey COLLOMB-GERY
Interne de médecine générale
audrey.gery@gmail.com

Si vous ne souhaitez plus participer à cette recherche, veuillez me contacter avec le numéro de questionnaire ci-dessus.

ANNEXE 3 : déclaration CNIL

CNIL
8 rue de Vivienne - 75003 PARIS cedex 02
T. 01 53 73 22 22 - F. 01 53 73 22 00
www.cnil.fr

RÉCÉPISSÉ

DÉCLARATION NORMALE

Numéro de déclaration
1569073 v 0

du

Madame COLLOMB-GERY Audrey
UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
DOMAINE DE LA MERCI
38076 LA TRONCHE CEDEX

Organisme déclarant

Nom : UNIVERSITE JOSEPH FOURIER

Service :

Adresse : DOMAINE DE LA MERCI

Code postal : 38076

Ville : LA TRONCHE CEDEX

N° SIREN ou SIRET :

Code NAF ou APE :

Tél. :

Fax. :

Traitement déclaré

Finalité : IL S'AGIT D'UN TRAVAIL DE THESE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME DE DOCTEUR EN MEDECINE GENERALE. NOUS ALLONS REALISER UNE ENQUETE D'OPINION AUPRES DE PATIENTS AGES DE PLUS DE 18 ANS FREQUENTANT 2 CABINETS MEDICAUX DE LA REGION. CETTE RECHERCHE A POUR BUT D'EVALUER LES CONNAISSANCES ET LES HABITUDES DES PATIENTS EN RAPPORT AVEC LES ANTIBIOTIQUES EN 2012. LA RECHERCHE A POUR SUPPORT UN QUESTIONNAIRE DE...

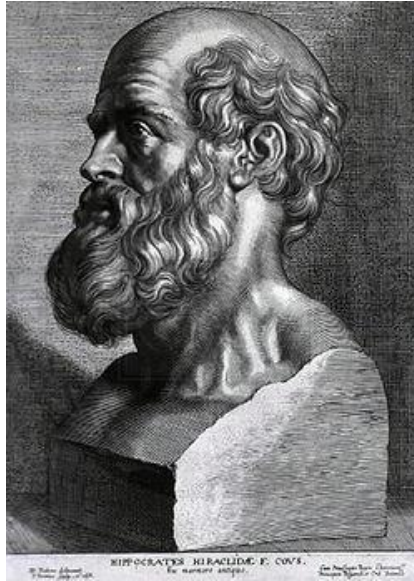
La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez effectué une déclaration de votre traitement à la CNIL et que votre dossier est formellement complet. Vous pouvez mettre en œuvre votre traitement. Cependant, la CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier ou par la voie d'un contrôle sur place, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée. En tout état de cause, vous êtes tenu de respecter les obligations prévues par la loi et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement.
- 2) La pertinence des données traitées.
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données.
- 4) La sécurité et la confidentialité des données.
- 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « informatique et libertés », consultez le site internet de la CNIL : « www.cnil.fr »

Fait à Paris, le 9 mars 2012
Par délégation de la commission


Isabelle FALQUE PIERROT
Présidente



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerais mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerais jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.